Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobne kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 9 lutego 1884. № 6. Rok XXIII.

I. O leczeniu oderwania siatkówki i jego wynikach w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił prof. Dr. Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Zawody doznane pod względem skuteczności różnych środków, zalecanych przeciw oderwaniu siatkówki, jak u wielu okulistów tak i u mnie wywołały pewien rodzaj zwątpienia, jak sądzę bardzo usprawiedliwionego. Większą mianowicie część pomysłów operacyjnych przyjmowałem z niedowierzaniem, a obawiając się nadto następstw szkodliwych, już z góry przewidywanych, powstrzymywałem się od zastósowania niejednego z nich, wierny zasadzie, że pierwszém zadaniem lekarza, niestety zbyt często zapominaném, winno być: „*non nocere.*“

W ciągu téj epoki zwątpienia, trwającéj lat kilka, zachowywałem się w przypadkach oderwania siatkówki w ogólności dość biernie. Gdzie jeszcze z wyraźnych zmian zapalnych wynikały szczegółowe wskazania lecznicze, stósowałem odpowiednie środki przeciwzapalne, jak: miejscowe upuszczenia krwi, jodek potasu, wcierania szaruchy, solne środki przeczyszczające, zalecając przytém spokojne ile możności zachowanie się w pokoju zaciemnionym. Po tym sposobie leczenia widziałem nieraz przypłaszczenie się i zmniejszenie oderwania, rozszerzenie pola widzenia i polepszenie widzenia naośnego, utrzymujące się częstokroć przez czas dłuższy, zupełnego jednak przyrośnięcia siatkówki nie udało mi się nigdy osiągnąć. W przypadkach natomiast, w których nie było wskazań do takiego leczenia, poprzestawałem zazwyczaj na zaleceniu chorym, żeby powstrzymywali się od wszelkiéj pracy ocznéj i unikali znanych wpływów szkodliwych, mogących sprowadzić dalsze pogorszenie lub przyspieszyć ostateczną utratę wzroku, albo co gorsza dać powód do wystąpienia choroby na drugiém oku, które jéj według doświadczenia nie zbyt rzadko ulegać zwykło. Czytając późniéj, jak różne zabiegi operacyjne zrazu zachwalane nie tylko że nie dopisywały oczekiwaniom, ale z powodu groźnych następstw szły niebawem w zasłużone zapomnienie, nie miałem powodu żałować tego biernego zachowania się, a tém mniéj wstrzemięźliwości w próbowaniu operacyj, które już z góry nie trafiały do mojego przekonania.

Czynniéj zacząłem na nowo występować w przypadkach oderwania siatkówki dopiero pod wpływem otuchy, jakiéj nabrałem w obec niektórych środków w najnowszych czasach zalecanych. Do tych zaś zaliczam opaskę uciskową z leżeniem wznak, przekłówanie twardówki i wstrzykiwania pilokarpinu. Środki te zachęcały mnie do doświadczeń choćby ze względu na tę okoliczność, że ich stósowanie zdawało mi się wolném od niebezpieczeństwa pogorszenia i tak już smutnéj doli chorego. Pierwszy z tych sposobów leczenia stósowałem w szczupłéj tylko liczbie przypadków, dość często ze skutkiem względnie pomyślnym. Zupełnego wyleczenia nie widziałem po nim nigdy, po części może dla tego, że chorzy nie mieli dość cierpliwości i wytrwałości, jakich osiągnięcie tak pomyślnego wyniku w wysokim wymaga stopniu.

W stosunkowo większéj liczbie przypadków doświadczałem wpływu przekłówania twardówki i wstrzykiwań podskórnych chlorku pilokarpinu. Pragnąc, żeby czytelnik sam mógł osądzić działanie tych dwóch, obecnie najwięcéj używanych środków, pozwolę sobie przytoczyć w najkrótszém o ile można streszczeniu historje choroby 13 przypadków leczonych w mojéj klinice, trzymając się przy tém porządku chronologicznego.

P r z y p a d e k I. Wojciech T., wieśniak 53 lat w., z Górnéj wsi, przyjęty 14 marca 1878 r. Wzrok na obu oczach zawsze krótki. Przed rokiem nagle pogorszenie wzroku oka prawego, zjawiska świetlne podmiotowe, przedmioty pokrzywione; od roku stan rzekomo jednakowy. Oko lewe z—8 D $^{6}/_{36}$, oko prawe z—10 D, palce na 4·0. W obu oczach szeroki tak zwany garbiak tylny, a prócz tego rozległy za-

nik przybłonka barwikowego naczyniówki. W oku prawém znaczne ruchome męty w ciałku szklaném; ku dołowi zewnątrz płaskie oderwanie siatkówki tworzy kilka fałdów barwy mleczno-białéj. Jodek potasu wewnętrznie bez skutku. 29 marca: przekłócie twardówki, przy którém wystąpiło trochę różowo zabarwionego płynu surowiczego. Opaska uciskowa, spokojne leżenie wznak. 6 kwietnia chory opuszcza klinikę na własne żądanie; wzrok i obraz wziernikowy niezmienione.

Przypadek II. Michał D., młynarz l. 23 w., z Mikuszowic, przyjęty 14 marca 1879 r. W dziecięctwie zapalenie oczu, wzrok zawsze krótki. Na oku prawém pogorszenie wzroku przed dwoma laty, w pół roku później ślepota. Przed 10 dniami ugodzono go w bójce karczemnéj w oko lewe; widział natychmiast gorzéj, nazajutrz tak źle, iż się pytał, kiedy się rozwidni, choć już był dzień, przed okiem latały czarne platy. Oko prawe T—1, V$\frac{1}{\infty}$, brak lokalizacyi od wewnątrz. Oko lewe z—11 D $^6/_{60}$, Nr. 1 Jg. trudno na 0·10; środkowa plamka rogówki, liczne męty w ciałku szklaném z czerwonym odblaskiem przy oświetleniu ogniskowém, dna oka nie widać wyraźnie, ku dołowi podejrzany jasny odblask. 5 marca Heurtloup na skroń, woda gorzka, pobyt w pokoju ciemnym. 15 marca mętów mniéj, zresztą stan jednakowy, *KJ.* 28 marca ciałko szklane o tyle czyściejsze, iż ku dołowi rozpoznać można płaskie oderwanie mniéj więcéj $^1/_3$ siatkówki, tamże lekko zaćmionéj. Pilokarpinu 0·02. Do 23 kwietnia wstrzyknięto 11 razy. Stan nieco lepszy. Spokój, woda gorzka. 6 maja pogorszenie; oderwanie całéj dolnéj połowy siatkówki, w górnych częściach płaskie, odstające mocniéj ku dołowi, osobliwie ku dołowi zewnątrz, gdzie siatkówka jest mocno szaro zaćmiona i pofałdowana; z—12 D palce na 5·0. 7 maja przekłócie twardówki ku dołowi zewnątrz, sporo cieczy surowiczéj wypłynęło. Opaska, spokój w łóżku. 18 maja w ciałku szklaném mniéj mętów, oderwa nie znacznie mniejsze, z—11 D,V$^6/_{36}$, Nr. 1 Jg. na 0·10.

Przypadek III. Piotr Z., 56 l. w., wieśniak z Kopanki, przyjęty 23 kwietnia 1879. Wzrok zawsze dobry, w lutym uderzył go przy tłuczeniu kamieni mały kawałek w oko lewe. Natychmiast pogorszenie wzroku, płatki. Dolna połowa siatkówki oderwana, na poł przeźroczysta, okazuje nadto liczne, białe, nieprzeźroczyste fałdy; palce na 1·0, Nr. 22 Jg. trudno, pole widzenia od góry wewnątrz znacznie ścieśnione. Oko prawe V$^6/_6$. 24 kwietnia oko lewe palce na 2·0. Przekłócie twardówki z odpływem sporéj ilości cieczy surowiczéj. Opaska, leżenie wznak. 30 kwietnia palce na 4·0, Nr. 19 Jg., z+2D Nr. 18 Jg. Oderwanie rozpoczyna się dopiero w odległości dwóch średnic tarczy od jéj dolnego brzegu. 11 maja pole widzenia oznaczone perimetrem ma ku górze 32°. 13 maja wzrok jak 30 kwietnia, tylko na samym dole lekkie oderwanie.

Przypadek IV. Karol P., wieśniak, 46 l. w., z Niedar, przyjęty 23 maja 1880. Przed ośmiu laty ociemniał na oko prawe, na którém obecnie jest całkowity garbiak rogówki. Od 3 lat pogorszenie wzroku oka l., wzmagające się z czasem, od 3 miesięcy widzi tak źle jak obecnie. Budowa oka miarowa; palce na 3·5. Rozległe oderwanie siatkówki w dolnéj połowie, tworzy ku dołowi wewnątrz okrągłą wyniosłość, wzbudzającą podejrzenie wągra, którego jednak mimo częstego i starannego badania wykazać się nie udało. Pole widzenia oznaczone perimetrem okazuje się zewsząd ścieśnione, tak, iż chory widzi tylko w części jego dolno-wewnętrznéj ćwierci. 1 czerwca przekłócie twardówki po którém odpłynęło trochę cieczy. Opaska, leżenie wznak. 7 czerwca palce na 4·0, obraz wziernikowy niezmieniony. 9 czerwca wstrzyknięto pilokarpin, dość obfite ślinienie, mierne poty, lekkie wymioty. 10 czerwca mocne osłabienie, brak apetytu; rozpoznano *catarrh. ventr. et dilatatio. Tinct. nuc. vom.* Od 15—19 czerwca wstrzyknięto pilokarpin jeszcze trzy razy. Chory nie wymiotował więcéj, ale czuje się mocno osłabiony. Zalecono tylko opaskę i leżenie wznak. W dniu 1 lipca chory występuje na własne żądanie. Obraz niezmieniony, palce na 5·0.

Przypadek V. Rywka M., 48 l. w. z Działoszyc, przyjęta 2 czerwca 1880. Wzrok zawsze bardzo krótki; od pół roku pogorszenie wzroku oka l., przedmioty niewyraźne, pokrzywione, przesuwanie się obłoków. Oko pr. z—10 D $^6/_{..}$ nie całe, Nr. 1 Jg. na 0·12, oko l. z—10 D palce na 2·0, litery Nr. 21 Jg.; dość rozległe oderwanie siatkówki od zewnątrz i dołu z odpowiedniém ścieśnieniem pola widzenia. Wstrzykiwanie pilokarpinu uskuteczniono 12 razy, bez skutku.

Przypadek VI. Chane R., 50 l. w., z Chrzanowa, przyjęta 28 grudnia 1880. Miała zawsze wzrok krótki na obu oczach. Przed 17 laty ociemniała na oko l., na którém obecnie rozpoznano: *Amotio retinae, catarracta accreta,* T—1, V=0. Przed 5 dniami uderzyła ją trzaska przy rąbaniu drzewa w oko pr., które zaraz zaniewidziało tak jak obecnie. Spojówka gałkowa krwią podbiegnięta, na dnie komórki przodkowéj zebranie krwi na 3 mm., ku wewnątrz oderwanie tęczówki na przestrzeni 4 mm.; w ciałku szklaném czarne ruchome męty, dna oka nie widać; palce na 0·30, pole widzenia nieścieśnione. Zimne okłady, atropin, woda gorzka. 30 grudnia krew z przodkowéj komórki ustąpiła, źrenica rozszerzona, ma postać odpowiednią oderwaniu tęczówki; palce na 1·5 m 5 stycznia 1881 oko blade; z—8 D palce na 3·0, ciałko szklane czyściejsze, dno oka widać; oderwania siatkówki nie ma, *staphyl. post.* dość duże. 13 stycznia znacznie mniéj mętów w ciałku szklaném. *KJ.* 28 stycznia opuszcza klinikę. W ciałku szklaném nieznaczne płatki, oderwania nie ma; z—8 D palce na 5·0, Nr. 5 Jg. hebr.

Przyjęta po raz drugi 31 marca 1881, widzi od 4 tygodni gorzéj. Oderwanie siatkówki ku górze zewnątrz wielkości tarczy n. wzr., siatkówka lekko zaćmiona; z—8 D palce na 4·0, Nr. 6 Jg. hebr., Pilokarpin, opaska, leżenie wznak. Po piątém wstrzyknięciu wystąpiła miesiączka, któréj od roku nie było. 28 kwietnia opuszcza klinikę. Oderwanie płaszsze; z—8 D palce na 5·0, Nr. 5 Jg. hebr.

Przyjęta po raz trzeci 1 czerwca 1881, widzi od kilku dni gorzéj. W ciałku szklaném więcéj płatków, oderwanie jak ostatnim razem; z—8 D palce na 5·0, Nr. 10 Jg. hebr. trudno. Po 5 wstrzyknięciach pilokarpinu znów miesiączka, któréj od kwietnia nie było. Po ustaniu miesiączki jeszcze dwa razy pilokarpin, poczém musiano zaprzestać z powodu osłabienia. 5 lipca występuje. Ciałko szklane czyściejsze, oderwanie niezmienione, czyta Nr. 5 hebr. trochę trudno. *KJ.* do domu.

Przyjęta po raz czwarty 8 lutego 1882. Po wystąpieniu z kliniki polepszenie utrzymywało się przez dwa miesiące, poczém nastąpiło znów pogorszenie; po wyżyciu 24·0 *KJ.* znów polepszenie. Od 3 tygodni znów gorzéj. Ciałko szklane jednostajnie i płatkowato zaćmione, oderwanie siatkówki ku dołowi wewnątrz, z—8 D palce na 2·0; Nr. 17 Jg. hebr. Pilokarpin. 27 lutego po 12 wstrzyknięciach ciałko szklane czyściejsze, oderwanie niezmienione, z—8 D palce 3·0.

Odtąd *KJ.*, który brała aż do wystąpienia w dniu 19 marca. Z—8D palce na 3·0, Nr. 10 Jg. hebr. Ciałko szklane czyściejsze, oderwanie jak dawniéj.

Przypadek VII. Mińka W., z Gorlic, 45 l. w., przyjęta 29 października 1881. Wzrok zawsze bardzo krótki. Przed 4 laty ociemniała na oko lewe, nazajutrz po uderzeniu się sznurem. Przed 2 tygodniami zasłoniło jéj oko prawe po ciężkiéj całodziennéj pracy. Oba oczy okazują budowę niedomiarową w wysokim stopniu. Oko lewe miększe, soczewka zaćmiona. V=0. W oku pr. początki zaćmy, siatkówka oderwana na całym obwodzie, odstaje najmocniéj i faluje przy ruchach oka na dolno-zewnętrznym obwodzie, lekkie męty w ciałku szklaném; z—10D palce na 1·5. Gdy po sześciu wstrzyknięciach pilokarpinu, zastosowaniu opaski uciskowéj i leżeniu wznak wzrok pogorszył się, tak, iż palce liczyła tylko na 0·75, przekłółem 15/XI twardówkę ku dołowi zewnątrz, przyczém wystąpiło dość sporo cieczy surowiczéj. Operacyja pozostała na razie bez skutku. 3/XII chora opuściła zakład.

23 kwietnia 1882 przyjęta powtórnie opowiada, że po wystąpieniu z kliniki wzrok tak się poprawił, że bez przewodnika chodzić mogła, ale że od dwóch miesięcy nastąpiło znów pogorszenie. Siatkówka oderwana jak dawniéj, ciałko szklane mocniéj zaćmione; tylko ruchy ręki na 0·50. Pilokarpin, opaska, leżenie wznak. 7/V po 7 injekcyjach palce na 0·20. 15/V Przekłócie twardówki nie poprawia ani wzroku ani obrazu wziernikowego.

Przypadek VIII. Eugenija P., 17 lat w., bona z Raciborza na Szląsku pruskim, przyjęta 15/I 1882. Wzrok miała krótki od dziecka, czytała i haftowała wiele po nocach. W końcu listopada 1881 spostrzegła cień czerwonawy w wewnętrznéj połowie pola widzenia oka lewego, z powodu którego 8/XII zasięgła mojéj rady w ordynacyi prywatnéj. Znaazłem *staphyloma posticum*, silne przekrwienie siatkówki oka lewego i opuchlinę téjże w połowie zewnętrznéj. O. pr. z—9 D. $V^6/_{12}$, Nr. 1 Jg.; O. l. z—9D $V^6/_{24}$, Nr. 1 J. trudno. Gdy chora nie mogła wstąpić do kliniki, ani w ogólności oddać się w zupełności leczeniu, zaleciłem bezwzględny spoczynek oczu, ciemne okulary, wodę gorzką. Chora nie mogła zastosować się ściśle do danéj jéj rady. Przed 5 dniami zgłosiła się znów do mnie żaląc się, iż od dwóch tygodni znacznie gorzéj widzi. Rozpoznawszy oderwanie siatkówki w oku l. przyjąłem ją do kliniki, gdzie badanie wykazało: komórki głębokie, gałki oczu wydłużone, środki łamiące czyste. O. pr.: tak zwany garbiak tylny otacza tarczę n. wzr. do koła, jest ku zewnątrz najszerszy; w oku l. obejmuje tylko jéj zewnętrzną połowę, jest szeroki na $^2/_3$ średnicy tarczy, ku dołowi około $^1/_3$ całéj siatkówki oderwana, szaro zamglona, na pół przeźroczysta; rozległy zanik przybłonka barwikowego w obu oczach. O. pr. z—9D $V^6/_{12}$, Nr. 1 Jg.; o. l. z—9 $V^6/_{60}$ wątpliwe, Nr. 2 Jg. trudno, odpowiednio oderwaniu siatkówki chora widzi w górnéj połowie lewego pola widzenia niewyraźnie. 16/I. Wstrzykiwania pilokarpinu, opaska uciskowa, leżenie wznak, woda gorzka z powodu zaparcia żywota. 20/I z—9D $V^6/_{60}$ i $^6/_{36}$ wątpliwe. Nr. 1 Jg. Do 20/II wstrzyknięto pilokarpin w ogólności 16 razy. 1/III. 1882. Chora opuszcza klinikę. O. p. z—9D $V^6/_{12}$, o. l. z—9D $V^6/_{24}$ Nr. 1 Jg. biegle każdém okiem z osobna. Wziernik nie wykazuje ani śladu oderwania, pole widzenia ok. l. prawidłowe.

Chora ta przedstawiła się znów w klinice ruchoméj w dniu 5/III 1883. Badanie wykazało: O. pr. z—9D $V^6/_{12}$, O. l. z—9D $^6/_{18}$, jednêm i drugiém Nr. 1 Jg. biegle; ani śladu oderwania. (Dok. nast.)

II. Z kliniki chorób kiłowych prof. Neumanna w Wiedniu.

Przyczynek do zmian kiłowych w stawach, ścięgnach, pochewkach ścięgnistych i torebkach maziowych.

Napisał **Dr. E. Finger**,
docent i asystent kliniczny.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Sprawę kiłową ścięgien i pochewek ścięgnistych najpierw roztrząsali szczegółowo Francuzi. Gdy Verneuil (1868. *Hydropisie des gaînes tendineuses dans la syphilis. Gazette hebdomadaire S. 609)* najsamprzód zwrócił uwagę na ten przedmiot, pojawiła się wnet rozprawa Fourniera (1868 *Gaz. hebdomad. S. 645*). Fournier zwraca uwagę na to, że kiłowa puchlina wodna pochewek ścięgnistych jest szczególnie u kobiet częstszą, niż się przypuszcza, i że przedewszystkiém nawiedza prostowniki palców ręki, może jednak także zająć i inne ścięgna, jak n. p. prostownika wielkiego palca u nogi, ścięgno Achillesa, dwugłowego uda i barku, mięśnia odwracającego długiego. Fournier rozróżnia dwa rodzaje puchliny: 1) pojedyńczą puchlinę wodną pochewek ścięgnistych maziowych, z nagromadzeniem małéj ilości cieczy bez objawów zapalnych, i bez bólów i 2) zapalenie błony maziowéj, z nagromadzeniem większéj ilości cieczy, wśród objawów ostrych lub przyostrych, bolesnych, połączonych z zaczerwienieniem skóry. Twierdzenie, że oba rodzaje puchliny są natury kiłowéj opiera: 1) na częstém zajęciu u kiłowych; 2) na ich występowaniu zawsze w pierwszych miesiącach drugorzędnéj kiły; 3) na równoczesném występowaniu z objawami kwitnącéj kiły. Rozpoznanie nie zawsze jest łatwe, lecz przy starannéni badaniu osób kiłowych udaje się często odnieść nieoznaczone bóle tychże do zapalenia pochewek ścięgnistych. Szczegółowiéj niż inni niemieccy autorowie omawia Volkmann (1869. Mechanika ruchu, w dziele Pithy i Billrotha str. 504) sprawy chorobowe w stawach u osób kiłowych. O wiele mniéj wiemy o zapaleniu stawów w kile. Istnienie jego dawniéj w zasadzie przypuszczano, w nowszych czasach atoli wielokrotnie podawano w wątpliwość. Tymczasem ja sam spostrzegałem kilkakrotnie w okresie ostrego występowania kiły, bo równocześnie z wysypką i gorączką, prędko przemijające przyostre zajęcia stawów, które okazywały wielkie podobieństwo do ostrego gośćca stawowego. Także często spostrzegano przyostre zapalenie jednego tylko stawu, szczególnie stawu kolanowego, które potém bardzo uporczywém się staje; w każdym razie pojawianie się ostrych i przyostrych kiłowych zapaleń opon stawowych jest o wiele więcéj udowodnioném, aniżeli pojawianie się kiłowego owrzodzenia stawu. Daleko jednak dłużéj trwało, zanim zmiany w stawach syfilityczne uznane zostały przez wszystkich lekarzy za zmiany natury kiłowéj. Tak czytamy u Bergha (1870. Przypadek zmian kiłowych w członkach palców. *Archiv für Dermatologie*): Kiłowe cierpienia stawów są dotąd mało znane, najlepiéj są tylko znane znaczne, w oczy mocno wpadające zmiany, które pochodzą od kilakowych złogów w samych kończynach stawowych albo w błonie maziowéj albo pod nią. Zdaje się jednak być niewątpliwém, że nawet między mniéj znaczącemi rodza-

jami kiłowych cierpień stawowych pojawiają się również takie, które w pewnych razach przypominają gośćcowe zapalenia opon stawowych i w których napotykamy tylko zgrubienia błony maziowéj i zwiększenie ilosci cieczy stawowej. Pojawianie się takich pierwotnych kiłowych zapaleń błon maziowych, które nie powstały skutkiem kilaków sąsiedniéj okolicy, mogłoby odpowiadać zapaleniu otrzewny, które niekiedy u dzieci z wrodzoną kiłą spostrzegamy, chociaż sekcyja wykazuje tylko złogi prosowate, kilakowe, jako punkt wyjścia surowiczego zapalenia. Przebieg takich zmian stawowych występujących równocześnie z pojawianiem się innych kiłowych objawów obok braku innych momentów etyjologicznych, jakotéż ich ustępowanie po leczeniu przeciwkiłowém, nie pozwala nam sprawy inaczej pojmować, jeno jako zajęcia kiłowe.

Riesell (1870. *Berliner klin. Wochenschrift,* Nr. 50, 51), podaje z kliniki Volkmanna przypadek, o którym wspomnimy, omawiając anatomiję patologiczną. Bäumler *(D. Archiv f. klin. Med. IX),* zajmuje się dokładniéj sprawami chorobowemi w stawach kiłowych, podnosząc, że już w okresie wybuchu często spostrzegał bolesność, jużto jednego, jużto więcéj stawów, która sama przez się występuje, przy nacisku i ruchu się zwiększa, a nie towarzyszą jéj objawy zapalne, ani obrzmienie, ani zaczerwienienie. Nierównie częstsze w tak zwanym okresie trzeciorzędnym są według niego zmiany, które mają podobieństwo do gośćca, i tu rozróżnia on trzy grupy przypadków: 1) Przypadki, w których choroba przedstawia zupełnie obraz ostrego gośćca stawowego, z silném obrzmieniem pojedyńczych stawów, z przenoszeniem się od jednego stawu do innych. Jestto zasługą Dra Duffina, który zwrócił uwagę na nadzwyczaj zwalniający bieg gorączki w takich przypadkach i na zadziwiającą szybkość, z jaką jodek potasu usuwa gorączkę i objawy miejscowe. Bäumler nigdy nie widzial tak wielkich zwolnień w ostrym gośćcu jak w przypadkach kiły. 2) Przypadki, w których zajęcie ogranicza się do pojedyńczych stawów, podobnie jak w gośćcu jednostawowym. Te przypadki pozostają już w bliższym stosunku do zapalenia okostnéj i tu już bez wątpienia istnieją głębiéj sięgające sprawy chorobowe w tkaninach staw tworzących. W cięższéj jeszcze postaci tego rodzaju i po dłuższém istnieniu naciekowi stawowemu nie towarzyszą już zapalne zjawiska i prawdopodobnie sama chrząstka już cierpi. Tego rodzaju chroniczne przypadki mogą istnieć bez podwyższenia ciepłoty, lecz potrzeba o wiele dłuższego czasu, aby takie obrzęki stawowe ustąpiły po użyciu jodku potasu. 3) Ostre albo chroniczne sprawy w okostnéj, w więzadłach i kościach. W takich przypadkach znajdują się przy ucisku bolesne miejsca w przebiegu kości z wyniosłością lub bez takowéj nieraz objawia się w ten sposób chroniczny pozorny gościec.

Taylor (1871. *Dactylitis syphilitica with observations on syphilitic lesions of the joints and Two cases of syphilitic synovitis of the knee-joint. Amer. Journal of Syphilography and Dermatology*) omawia chronicznie zapalne i kilakowe sprawy chorobowe w stawach palców istniejące, w ścięgnach i w pochewkach jako objawy towarzyszące zmianom kiłowym w członkach palców *(dactylitis syphilitica)* i podaje dwa przypadki trzeciorzędnego zapalenia błony mazistéj.

Dokładniejsze daty o sprawach kiłowych w stawach i ścięgnach znajdujemy u Fourniera (1883. *Leçons sur la Syphilis, Union médicale Nr. 21—49*) jako też u Lancereauxa (1873. *Traité de la Syphilis,* wydanie II). Fournier omawia tylko drugorzędne zajęcia stawów i rozróżnia: bóle w stawach *(Arthralgie),* niezwiększające się przy ruchach i ucisku, i dny *(arthritis),* które znów dzieli na dwa rodzaje: na dnę przyostrą, połączoną z bólami i lekkiém obrzmieniem, i na bezbolesne, lecz po największéj części do znaczniejszego obrzmienia prowadzące przyostre zapalenia stawów (*hydarthros,* puchlina stawu). Często są te rodzaje podobne do zwykłego gośćca. Lancereaux rozróżnia dnę drugo i trzeciorzędną. Drugorzędna jako przyostre lub ostre obrzmienia stawów z surowiczym wysiękiem, po największéj części śród silnie zwalniającéj gorączki, nawiedza rzadko tylko jeden staw, częściéj więcéj stawów, które są zaczerwienione, opuchłe, bolesne; bóle często powiększają się w porze nocnéj; równoczesne objawy kiły drugorzędnéj wyjaśniają cechę zajęcia stawowego. Trzeciorzędna dna wychodzi nie od błony maziowéj, lecz z okolicy stawowi sąsiedniéj. Kilakowym zmianom w okostny i kończynach kości, tudzież w tworzeniu się kilaków w tkaninie okołostawowéj towarzyszy zwolna powstający wysięk do jamy stawowéj, błona maziowa po największéj części grubieje. Jednostajna albo pagórkowata wyniosłość kończyn stawowych kości, wystąpienie mas grudkowatych, często przesuwalnych, umożliwia rozpoznanie. Ten rodzaj cierpienia jest bezbolesny, może jednak doprowadzić do bardzo znacznego obrzęku stawów, który często opiera się leczeniu przeciwkiłowemu. Zapalenie błony mazistéj pochewek ścięgnistych dzieli i Lancereaux na drugorzędne i trzeciorzędne. Pierwsze występuje dość często równocześnie z dną, jest częstszém u kobiet, umiejscawia się na ścięgnach prostowników palców ręki, na mięśniu dwugłowym barku, na odwracającym rękę długim, jużto w przebiegu jużto na uczepieniu się ścięgna. Przedstawia się jako obrzęk podłużny, walcowaty lub wrzecionowaty, chełboczący, mniéj lub więcéj bolesny, skóra nad nim bywa zaczerwieniona. Obecność innych objawów kiły popiera rozpoznanie. Trzeciorzędny rodzaj przedstawia się jako kilak w przebiegu ścięgna. Po największéj części bywają zajęte najzbitsze i najsilniejsze ścięgna mięśnia dwugłowego, trójgłowego uda i prostowników palców u ręki. Na powierzchni albo w środku ścięgna rozwijają się zwolna wrzecionowate, ograniczone, twarde, więcéj lub mniéj rozlane, galaretowate nacieki bez innych objawów, jak bolu lekkiego podczas ruchu. Miękną one i otwierają się na zewnątrz, albo i kostnicją. Zapatrywania Rocha (1872 *Hydropisie des gommes tendineuses dans la syphilis secondaire. Paris*) i Moreaua (1873. *Affections syphilitiques des bourses séreuses. Paris*) dostarczają nam dalszych dodatków, odnoszących się do naszego tematu.

Schuster (1873. *Archiv f. Dermatologie S. 288*) podaje przypadek kiłowéj, wielostawowéj *Synovitis,* powstałéj w trzeciorzędnym okresie kiły, w sześć lat po zarażeniu się, przebiegającéj z gorączką zwalniającą a która za użyciem jodku potasu ustąpiła. Mauriac (1874. *Synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis. Gaz. des hôpit.* Nr. 35), podaje 2 przypadki wysięków do pochewek ścięgnistych w okresie kiły świeżéj. Boeck (1875) wspomina o kiłowych zajęciach stawów. W ogóle nie były one przed Babingtonem znane. Zajmują najczęściéj więcéj stawów i nie pociągają za sobą zapalenia śródsierdzia. Voisin (1875. *Contributions à l' étude des arthropathies syphilitiques*) rozróżnia trzy rodzaje kiłowych zajęć stawowych: 1) bóle w stawach *(arthralgie)*; w zmianach występujących w najwcześniejszym okresie zjawia się często lekkie trzeszczenie, pękanie, i tarcie płaszczyzn stawowych; 2) zapalenia stawów i puchliny tychże; 3) zwyrodnienie zołzowe, wychodzące w kile trzeciorzędnéj z błony

maziowéj albo z okostny. Tak samo Vaffier i Danzat (1875. *Du pseudorhumatisme syphilitique. Thèse Paris*) omawiają zmiany stawów czynnościowe i odżywcze kiłą wywołane. Hüter (1876. Klinika chorób stawowych I, S. 120), mówi: Kiłowe zapalenia stawów o tyle tutaj zasługują na wzmiankę, o ile niekiedy u jednego pacyjenta nawiedzają więcéj stawów, lub częściéj jeden tylko staw a mianowicie, jak to Volkmann trafnie zauważył, szczególnie staw kolanowy. W tym stawie widziałem również kiłowe zapalenie błony maziowéj „*synovitis hyperplastica*“ z naciekami kilakowemi. I nacieki maziowe zdarzają się pod wpływem kiły. Keyes E. L. (1876. *Syphilis as affecting the bursae. Am. Journ. of medic. sciences*) pierwszy omawia szczegółowiéj kiłowe zajęcia torebek maziowych, które dzieli na drugo i trzeciorzędne. Drugorzędne zapalenia rozwijają się pod postacią chełboczących, bolesnych obrzęków w torebkach maziowych, najczęściéj stawu kolanowego. W trzeciorzędnym rodzaju przychodzi do powolnego, kilakowego nacieczenia torebki maziowéj, które dopiero wtedy daje się spostrzedz, kiedy zaczerwienienie i ścieńczenie skóry zwiastują bliskie pęknięcie; jest ono u kobiet częstsze i umiejscawia się po największéj części w stawie kolanowym (na 12 przypadków 8 razy). — Daléj następują prace Weila (1876 Strassburg), który podaje 4 przypadki cierpień stawowych odziedziczonych, z tych jeden w trzeciorzędnym okresie nabytéj kiły. W pracy P. Sabaila (1876 *Tumeurs syphilitiques des tendons et des aponeuroses. Thèse. Paris*), spotykamy się z dość szczegółową literaturą.

Bouilly (1878. *Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques. Thèse. Paris*) porównywa kiłowe cierpienia stawów z zołzowemi i gośćcowemi i ztąd wnosi, że w przyostrym rodzaju w drugorzędnym okresie rozchodzi się prawdopodobnie o zajęcie błony maziowéj albo włóknistéj okołostawowéj tkanki, które się silnemi napadami gorączkowemi odróżnia od gośćcowych, podczas gdy postacie trzeciorzędne rozwijają się zwolna, bez bólów a guzy dają się często czuć jako ograniczone stwardnienia. Julien (1879 *Traité pratique des maladies vénériennes*) w téj kwestyi podziela zapatrywania francuskich autorów, Verneuila, Fourniera, Mauriaca, nie dodając ze swéj strony nowych spostrzeżeń.

Vinay (1879. *Synovite syphilitique secondaire. Annales de Dermat. et de Syphiligr. X, S. 435)*, podaje przypadek 4 miesięcznéj kiły u kobiety, która z powodu przyostrego zapalenia stawu kolanowego leczoną i wyleczoną została, a w ośm dni późniéj przybyła znów z powtórną *synovitis* kolana i z obrzmieniem pochewki ścięgnistéj prostownika wielkiego palca u nogi.

Roustan (1880 *Lésions periarticulaires de nature syphilitique. Montpellier médicale. Avril S. 321)* zwraca uwagę, że często zajęcie stawu, szczególnie w przypadkach chronicznych, wychodzi od nacieku w tkankę okołostawową, od torebki maziowéj i dopiero ztąd przechodzi na staw. Wessanie nacieków bez specyjalnego leczenia jest rzadkie. Komplikacyje ze strony serca nie zdarzają się.

Giess (1881. *D. Zeitschr f. Chirurgie XV, S. 589)*, podaje przypadek sekcyjny chronicznego zapalenia bł. maziowéj stawu kolanowego, o którym jeszcze mówić będziemy. Defontaine (1882. *De la Syphilis articulaire. Thèse. Paris*) rozróżnia 5 rodzajów kiłowycb cierpień stawowych: 1) bóle w stawach, 2) dnę przyostrą, 3) puchlinę stawu (*Hydarthroses)*, 4) kilakowe nacieczenia okołomaziowe *(Infiltrations gommeuses périsynoviales)*, 5) zajęcia kości stawowych *(ostéoarthropathies)*. Te rodzaje mogą występować we wszystkich okresach kiły, można je jednak widzieć po największéj części tylko w okresie końcowym kiły trzeciorzędnéj. Od innych zajęć stawowych odróżniają się powolném powstawaniem, bezbolesnością, nasileniami wieczornemi i brakiem gorączki. Równoczesne sprawy chorobowe w kościach są częste.

Méricamp (1882. *Contribution á l'etude des arthropathies syphilitiques tertiaires. Thèse.*) przeczy, jakoby trzeciorzędne zajęcia stawów wychodziły od samego stawu, są one zawsze tylko następstwem zmian około i przystawowych. Rozróżnia on następujące rodzaje: 1) Zapalenie stawu z powodu guzów okołostawowych. Nabrzmienie stawów, zgrubienie błony maziowéj, całość kości są charakterystyczne. 2) *Pseudotumeurs blanches*. Części składowe stawu są nietknięte, a tylko kończyny kości są chore. 3) *Arthritis deformans* w skutek zgrubienia kości stawowych.

M. Zeissl (1882. *Allg. W. med. Ztg.* Nr. 29, 30), przytacza przypadek przyostrego zajęcia pochewek ścięgnistych w pół roku po zarażeniu się powstałego, które drogą operacyjną uleczono.

Mraček (1882. *Arthromeningitis syphilitica*) przytacza 5 przypadków *synovitis*, które w drugo- i trzeciorzędnym okresie wystąpiły.

Schüller M. (1882. Langenbecka Archiw 28 s. 473) rozróżnia następujące rodzaje cierpień stawowych w kile nabytéj: *a*) ostre surowicze zapalenie jednego a najwyżéj kilku stawów w drugorzędnéj kile, które występuje równocześnie z wybuchem rozległych wysypek kiłowych na skórze. Zapalenie to zdaje się jedynie polegać na surowiczém zapaleniu bł. maźnéj na wzór ostrego gośćca stawowego. W kilku przypadkach towarzyszyła mu gorączka. *b*) Ostre, częściéj przyostre albo chroniczne, surowicze zapalenia stawów w późniejszych okresach kiły nabytéj. Po największéj części jednostawowe, przy wznawianiu się cierpienia, albo po dłuższém jego trwaniu tworzą się zgrubienia torebki, narosty lub brodawkowate kosmyki na tejże. *c*) Z guzów na stawie powstałe zmiany. Guzy rozwijają się w najbliższém sąsiedztwie stawu, albo w jego pojedyńczych częściach składowych. Do nich przyłącza się surowicze zapalenie bł. maźnéj, które po dłuższém trwaniu prowadzi do tworów brodawkowatych. Jeżeli twory guzowe sięgają aż do jamy stawowéj, może nastąpić kilakowe zapalenie bł. maźnéj, tak samo pęknięcie zmiękczonego guza do stawu sprowadzić może jego ropienie. Podmiotowe cierpienia, stosownie do przebiegu, są rozmaite, w przypadkach zwolna się rozwijających są one nieznaczne, w ostrych przypadkach bardzo przestraszające. *d*) Tak samo może zapalenie kości albo okostny jednéj z długich kości przejść na staw i sprowadzić w nim najpierw surowicze, późniéj brodawkowate zapalenie z wyżarciem chrząstki stawowéj.

Z ostatnich autorów o kile wyraża się Zeissl (1882) o kiłowych cierpieniach stawowych bardzo oględnie i przyjmuje przytoczone już zapatrywanie Ricorda. „Wiadomości nabyte o zajęciach stawów kiłowych upoważniają nas do twierdzenia, że u kiłowych zdarzają się bardzo rzadko bole w stawach. Na 1.000 kiłowych, na których mogliśmy przeciętnie rok rocznie robić spostrzenia, nie zdarzył się w niektórych latach ani jeden przypadek cierpienia stawowego. Nieliczne cierpienia w stawach u kiłowych, które widzieliśmy, zajmowały najczęściéj staw kolanowy i skokowy, rzadziéj staw ramieniowy, a najrzadziéj łokciowy i nadgarstkowy. Sprawę chorobową w stawie biodrowym raz tylko dotąd widzieliśmy.

W saméj rzeczy jest prawdopodobném, że wielka część kiłowych ominęła sale dla nich przeznaczone, gdyż chorzy z cierpieniem stawów po większéj części szukają pomocy w klinikach chirurgicznych; ale nawet u najmniejszéj ilości chorych kiłowych, którzy byli dotknięci cierpieniami stawów, nie mogliśmy nigdy odkryć cechy, którąby nam twierdzić pozwoliła, że zajęcia stawów wywołane zostały przez wpływ kiły. Zajęcia stawów, któreśmy mogli u kiłowych śledzić, były jużto świéże, ostro wśród gwałtownych bolów występujące, jużto zwyrodnienia, opuchliny, zołzowe zwyrodnienie stawu i mniéj lub więcéj zupełne stężenia. Najczęściéj nie wywierało przeciwkiłowe leczenie żadnego wpływu na zajęcie stawu, podczas gdy leczenie zastosowane przeciw bladaczce, zołzom, albo gośćcowi, jako przypuszczalnym przyczynom lepszym wynikiem uwieńczoném bywało. Mianowicie byliśmy kilka razy tak szczęśliwymi, żeśmy usunęli w krótkim czasie kąpielami siarczanemi w Badenie pod Wiedniem znaczne obrzęki z gwałtownemi bolami w stawach połączone, które opierały się leczeniu jodem i rtęcią. Ale i takie zajęcia stawów, które znikają śród leczenia przeciwkiłowego, nie dostarczają nam jeszcze żadnego dowodu co do natury kiłowéj choroby stawu. Wtedy będziemy upoważnieni do twierdzenia, że i stawy mogą być siedzibą kiły, jeżeli anatomicznie udowodnioném będzie, że w tkankach staw stanowiących występuje kilak jako właściwy produkt chorobowy kiły (Lancereaux). Aż dotąd istnienie spraw kiłowych w stawach po ostaje conajmniéj wątpliwém, a rzadkie występowanie bolów w stawach u kiłowych przemawia raczéj przeciw aniżeli za przypuszczeniem tychże. Lancereaux wspomina o dwóch przypadkach kiłowych zajęć stawowych, w których tak w torebce maziowéj, jak i w więzadłach znajdowały się kilakowe guzki".

Krówczyński zaś (1883 Syfilidologia, Kraków) przyłącza się do zapatrywań francuskich i przypuszcza z niemi bóle w stawach, przyostre zapalenie stawu (*arthritis*) i puchlinę stawu (*hydarthros*) jako rodzaje kiłowego zajęcia stawowego. Rzadkość kilakowych nacieków około stawów tłumaczy on skąpém unaczynieniem i sztywnością tych części, podczas gdy kilaki z upodobaniem zajmują tkaninę wiotką, w naczynia obfitującą. (C. d. n.)

III. Przyczynek do nauki o alkoholizmie.

Napisał prof. **J. Mierzejewski** w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

D. 8 sierpnia 1872 w mieście Czita (prowincyi zabajkalskiéj) do kawiarni utrzymywanéj przez politycznego zesłańca Z. udali się konno p. o. policmajstra 25-letni asawuła P. i chorąży D. Zastali oni przy bufecie pięciu oficerów, pili do zbytku, lecz w szczególności ile wypił P., ściśle nie wiadomo. Koło godziny 10éj prócz P. wszyscy wyszli z kawiarni, do któréj weszli 54-letni tytularny radzca R., sekretarz urzędu policyjnego. Po przywitaniu się P. zaproponował przybywającemu wypić kieliszek wódki, lecz ten odmówił i oparł się wszelkim naleganiom. Następnie R. usiadł na krześle koło okna, mając plecy zwrócone do ściany; P. zbliżył się do niego i stanąwszy naprzeciw ujął oburącz nasamprzód plecy, a późniéj głowę R. i chwaląc silny rozwój tych części organizmu siedzącego, począł miarowo uderzać jego głową o ścianę. Prośby R., ażeby P. zaprzestał niewłaściwych żartów, zostały bez skutku, przeciwnie uderzenia głową stawały się częstsze i silniejsze, a kiedy wreszcie zostawił w spokoju głowę, rozpoczął policzkowanie, które do znacznéj liczby kilkudziesięciu uderzeń doprowadził. Świadkowie tego zajścia, pomocnicy właściciela kawiarni B. i L., obydwaj polityczni zesłańcy, już uwolnieni z robót przymusowych z niemałym trudem wyzwolili R., który nie omieszkał uciec i następnie doniósł o całém zajściu prokuratorowi. P. pozostał w kawiarni a bezzwłocznie posłał do policyi po dwóch uriadników B. i S. Jak tylko ci przybyli P., ugościł ich wódką i kazał sobie opowiedzieć o niedawném bohaterstwie policyjantów, a mianowicie o ujęciu głośnego, trzymającego w strachu całą okolicę, włóczęgi; natomiast wspomnieni pomocnicy właściciela kawiarni B. i L. utrzymują, że P. zapytał uriadników, czy przyłączą się oni do bandy rozbójniczéj, jeśli on stanie na ich czele, na co otrzymał twierdzącą odpowiedź; następnie P. miał zapytać, czy uriadniki sprawią się rączo z tymi dwoma, wskazując na B. i L.? na co również otrzymał przychylną odpowiedź. Następnie P. odjechał konno, rozkazując uriadnikom zaprowadzić B. i L. do policyi, którzy bez oporu poddali się wezwaniu i rozkazowi p. o. policmaistra, chociaż dobrze wiedzieli, że ten działa w stanie nietrzeźwym. Koło policyi P. spotkał konwój, i wszyscy razem weszli na podworzec policyjny. W tym czasie aresztanci miejscowi użyci byli do prac w ogrodzie i w skutek znacznego oddalenia od więzienia spędzali noce w koszarach kozackich przy policyi. Po wejściu na podwórzec policyjny rozkazał P. zbudzić pięciu więźniów, którym polecił postawienie szubienicy; pięciu kozaków pod bronią otoczyło B. i L., i gdy szubienica stanęła gotowa, P. posłał po stryczek, który natychmiast przyniesiono i zawiązano na poziomém ramieniu szubienicy. Na rozkaz P. pierszego B. przyprowadzono pod szubienicę, stryczek dwa razy okręcił mu około szyi sam P. i następnie rozkazał więźniom podnieść B. w górę, co też i nastąpiło; wzniesiony na arszyn od ziemi na rękach więźniów przebywał B. w tém położeniu 3—5 minut, poczém postawiono go na ziemi; na rozkaz P. jeszcze dwa razy B. poddany był téj saméj próbie, a następnie został oddany straży, koléj zaś nadeszła na L., tego ostatniego spotkał los jego poprzednika, z tą różnicą, że tylko dwa razy go podnoszono. Ofiary tego gwałtu chwytały się za stryczek rękami, a i sami więźniowie skrycie podtrzymywali ich rękami, ażeby nie dopuścić do uduszenia. L. schwycił się ręką za poprzeczne ramie szubienicy, zobaczywszy to prykazny S. uderzył go pałaszem po ręku (już bez rozkazu P.), tak że L. zawisł w powietrzu i zaczął chrapać; następnie postawiono go na ziemię i oddano pod straż kozacką. W skutek ciemności nocnéj wszystko to odbyło się przy świecach. Jedni świadkowie utrzymują, że P. nie złaził z konia, wydawał rozkazy, kierował czynnością, lecz osobiście zachował się biernie; drudzy zaś zeznali, że p. o. policmajstra sam pomagał w zniesieniu budulca na szubienicę i nakładał stryczek na szyję. Ofiary zaś policmajstra B. i L. opowiadają, że po przybyciu na podwórzec policyjny P. naradzał się z znanymi już uriadnikami, czy lepiéj rozstrzelać, czy téż powiesić obu aresztowanych? na co jeden z nich zauważył, że najwłaściwiéj będzie powiesić, gdyż strzały mógłby usłyszeć gubernator.

Następnego dnia, t. j. 9 sierpnia z rana przybył do więzienia policyjnego Z. właściciel kawiarni i wezwał swych zastępców B. i L., ażeby poszli z nim do biura policyi. B. czuł się chorym i tylko sam L. udał się do P., u którego zastał kwartalnego P...ch. L. zeznaje, że P. przywitał go i zapytał o szczegóły zajścia w nocy, poczém kilka razy prze-

praszał; lecz L. odpowiedział, że na własną rękę nie może mu przebaczyć, gdyż krzywda była wspólną z B.; na to P. powiedział: „możecie się skarżyć; ja powiem, że budowałem huśtawki, na których was pohuśtałem.“

Z przebiegu śledztwa dowiedziano się, że po skończonéj scenie wieszania P. wysłał aresztantów bez straży na brzeg rzeki Koladówki po rózgi; następnie dawszy po kieliszku wódki swym wspólnikom o godzinie 4éj wyjechał z kozakami do miasta i dobijał się do mieszkania stolarza A., u którego mieszkali kolegijalny radzca W. i kamieniarz P. P. o. policmajstra żądał, ażeby mu przyprowadzono dziewkę A., lub jéj siostrę; na to mu odpowiedziano, że te osoby muszą mieszkać w sąsiednim domu u czerkiesa B., utrzymującego dom nierządu. P. odszedł, lecz wkrótce jeden z kozaków przelazł przez płot, otworzył bramę, i do domu stolarza wszedł P. z jednym z uriadników. P. rozkazał gospodyni domu będącéj w negliżu udać się bezzwłocznie do policyi. Z wyjątkiem jednego urzędnika W. wszyscy lokatorowie tego domu nie znali p. o. policmajstra osobiście, i gospodyni stawiła pewny opór, za co od P. otrzymała 5 czy 6 uderzeń nahajem; mąż bitéj usiłował ją obronić, P. rzucił się na niego i dusił za gardło. Podczas téj sceny gwałtu wszedł urzędnik W. i oświadczywszy napadniętym, że mają do czynienia z p. o. policmajstra, doradzał im, aby byli zupełnie uległymi; wszyscy ubrali się, a po odebraniu paszportów P. rozkazał zaprowadzić wszystkich, nie wyłączając urzędnika W., do bióra policyi, dom zaś pozostał pustym; jeden z świadków twierdzi, że P. zostawił w nim kozaka dla dozoru. Mieszkańcy domu A., jak bieg sprawy wykazał, niczém nie zasłużyli na podejrzenie policyi, a chociaż uriadnik B. twierdzi, że w tym domu był hałas i światło, to zgodne świadectwa wszystkich lokatorów zadają kłam temu zeznaniu.

Urzędnik W. zeznał, że podług jego informacyj, po odesłaniu mieszkańców domu A. do policyi, P. miał się udać do czerkiesa K., u którego mieszkała dziewka A. i że tam pozostał; lecz okoliczność ta zeznaniami innych świadków nie jest dostatecznie wyjaśnioną.

Następnego dnia (9 sierpnia) P. nie przybył do bióra policyi, ani też złożył codziennego raportu p. o. gubernatora Z. W zastępstwie P. przybył do gubernatora rewirowy P...ch, któremu zostało poruczone zastępstwo P. w obowiązkach policmajstra. D. 10 sierpnia otrzymał p. o. gubernatora skargę poszkodowanych na P. i sprawozdanie prokuratora o całém zajściu. Tegoż samego dnia z rozkazu p. o. gubernatora wydelegowano trzech lekarzy, inspektora Izby lekarskiéj Proskuriakowa, lekarza miejskiego Striełkowa i naczelnego lekarza miejscowego szpitala Rieszitkę, dla zbadania stanu zdrowia P. Lekarzom dodani byli delegowany oficer od wojska oraz asesor gubernijalnego zarządu. Świadectwo lekarskie brzmi jak następuje:

Asawuła P. silnéj budowy, wzrostu więcéj niż średniego, lat blisko 30. Za przybyciem komisyi lekarskiéj wiele osób znajdowało się w mieszkaniu P., a w téj liczbie lekarz okręgowy Tołmaczew. P. znaleziono klęczącego z głową ku ziemi pochyloną i śpiewającego łkając „wieczny odpoczynek“ itd. Na zapytania członków komisyi P. dawał odpowiedzi niechętnie. Zapytany, jak się ma? odpowiedział, „zupełnie zdrów jestem“. Daj pan rękę — „A co panu po tém“. Po kilkakrotnych prośbach P. dał rękę i zaczął liczyć „raz, dwa, trzy“. Pokaż pan język, „tego już za wiele“ odpowiedział, lecz po chwili język pokazał. Spostrzegłszy ołówek na stole P. wziął go i złamał, mówiąc: „to zdaje mi się ołówek, o tak jemu“. Następnie mówił, „że bądź umrze jutro, bądź téż stanie się rozbójnikiem.“ Badanie przedmiotowe wykazało: tętno twarde, język obłożony, biały, oczy zaczerwienione, zaropiałe w kącikach, źrenica bez szczególnego blasku, bezsenność. Ciepłota podniesiona, skóra wilgotna.

Na podstawie tych objawów orzekła komisyja, że Asawuła P. cierpi na obłąd pijacki (*delirium tremens*).

D. 14 sierpnia p. o. gubernatora polecił władzy wojskowéj przeprowadzić dochodzenie śledcze co do postępków P. D. 16 sierpnia P. otrzymał wezwanie stawienia się przed sędzią; na pokwitowaniu doręczenia podpisał się nie P. lecz właściciel domu W., z uwagą, że lokator jego P. z powodu choroby nie jest w stanie przyjąć wezwania, a tém mniéj zadość mu uczynić. Dopiero 25 września, jak z aktów sądzić należy, P. własnoręcznie odpowiadał na zadane sobie na piśmie pytania. Z odpowiedzi tych dowiadujemy się, że P. liczy lat 25, jest szlachcicem z gubernii Tulskiéj, bezżenny, kształcił się w 3éj wojskowo aleksandryjskiéj szkole, awansowany na oficera w r. 1866, w maju zaś 1872 mianowany został p. o. policmajstra miasta Czyti. Nic nie pamięta i nic téż przypomnieć sobie nie może co robił w nocy z 8 na 9 sierpnia. Z sekretarzem policyi R. żył zawsze w przyjaźni i obecnie ten przyjacielski stosunek utrzymuje się między nimi. Zastępcę właściciela kawiarni p. B. znał tylko jako płatnika zakładu, w którym często bywał. Stolarza A., urzędnika W., również jak wszystkich lokatorów tego domu nie znał nigdy i teraz nie wie nawet, gdzie się ten dom znajduje. Jeżeli sądząc z zadanych mu pytań, postępki jego owéj nocy były naganne, czego on nie ma odwagi zaprzeczać, to były one „wyrazem chorego umysłu i złudzeń choréj fantazyi“. Jedyne wspomnienie z tego czasu odnosi się do konnego przyjazdu do kawiarni i wspólnéj z kolegami tam biesiady. Co się działo późniéj, nie pamięta; a kiedy się ocknął, to już był we własném mieszkaniu; spostrzegł obok siebie oprócz kilku oficerów, lekarzy Tołmaczewa i Rieszitkę, których rady zasięgał; od nich się dowiedział o zajściach, których miał być autorem, a których smutne szczegóły poznaje obecnie. Przy równoczesném przesłuchaniu z poszkodowanymi i wspólnikami P. stanowczo twierdzi, że o niczém nie wie i niczego sobie nie przypomina.

Po zbadaniu sprawy w listopadzie 1872 r. naczelnik sztabu wojsk zabajkalskich jenerał-major Ditmar doniósł komenderującemu wojskami sybirskiego wojennego okręgu, że P. jest winnym: *a*) opoliczkowania swego sekretarza R.; *b*) nagannych rozkazów wydanych przez niego policyjantom, wieszania politycznych wygnańców B. i L., w skutek których wystawioną była szubienica przez aresztantów również i saméj czynności wieszania wspomnianych politycznych wygnańców; *c*) użycia do swych bezprawi osób podwładnych, którym nawet groził karami w razie nieposłuszeństwa, przez co zniewolił ich do wspólnictwa; *d*) bezprawnego aresztowania kolegijalnego radcy W., wysłużonego szeregowca A. i jego żony; *e*) zaburzenia spokoju publicznego. Za te bezprawia P. podpadać powinien wojskowo-karnemu sądowi, zważywszy jednak, że począwszy od r. 1864 P. pełnił zawsze swe obowiązki bez zarzutu, że według świadectwa lekarskiego był on chory na obłąd pijacki podczas popełniania czynów występnych, których dokonał bezwiednie; daléj, że żadna z osób wieszanych nie była z tego powodu zagrożona utratą życia; że czynności występne P. należy

w tym przypadku tłumaczyć „omamami jego chorobliwéj wyobraźni“ (co się wydarzyło mu po raz pierwszy podczas całéj jego służby); że służba jego zawsze przykładna, przynosiła zawsze społeczeństwu liczne korzyści i zwracała uwagę zwierzchności na bezstronne i honorowe czyny obwinionego; i wreszcie, że bezpośrednio po popełnionem wykroczeniu P. postradał stanowisko, przeto na podstawie tych okoliczności łagodzących, naczelnik sztabu jenerał-major Ditmar uznawałby za rzecz sprawiedliwości, świadcząc o przykładnéj służbie P. i smutnych okolicznościach, które wynikły z jego postępku, wstawić się za obwinionym u Jenerał Gubernatora.

Komenderujący wojskami wschodniego sybirskiego wojennego okręgu Jenerał gubernator Sienielnikow uznał ze swéj strony, że bezprawia popełnione przez P. są tak wielkie, że w żadnym razie nie mogą pozostać bez sądowego dochodzenia. W skutek tego P. został oddany pod sąd wojenny przy wojskowym sztabie zabajkalskich kozaków, przy czém jenerał gubernator wyraził życzenie, ażeby jenerał Ditmar poddając P. pod sąd wojenny, przekonał się, czy świadectwo lekarskie zadość czyni wszystkim wymaganiom prawa, i czy podwładni P., spełniając jego bezprawne rozkazy, nie są winni niezawiadomienia władzy o występnéj swawoli swego przełożonego.

Dochodzenia komisyi wojskowéj wyjaśniły następujące fakta:

P. o. gubernatora m. Czyti Z. zeznał w styczniu 1883 r., że dowiedział się o całém zajściu po raz pierwszy dopiero 9 sierpnia wieczorem od prokuratora, a w dniu następnym otrzymał zaskarżenie poszkodowanych. 9 sierpnia P. nie przybył dla złożenia codziennego raportu. Ponieważ sprawa ta nie była drugorzędną i z natury przewinienia należało o niéj donieść ministrowi spraw wewnętrznych i jenerał-gubernatorowi Syberyi wschodniéj, to dla zupełnego i dobrze uzasadnionego przedstawienia rzeczy należało nabrać stanowczego przekonania o stanie zdrowia P. i w tym celu wydał wice-gubernator rozkaz lekarskiego zbadania obwinionego. Do 8go sierpnia P. obficie składał raporta o stanie miasta i był zawsze trzeźwym; a jeśli zdarzały się przypadki (5 czy 6), że P. osobiście nie stawił się, stanęły mu niby na przeszkodzie bądź ważne czynności służbowe, bądź téż nieznaczące jednodniowe zaburzenia zdrowia, które nie przeszkadzały mu zajmować się sprawami swego urzędu. Nie było żadnego powodu powątpiewania o wiarogodności podawanych przez P. powodów, gdyż sprawowanie się jego było zawsze nienaganne; a chociaż czasem i mówiono, że P. lubi w gronie koleżeńskiém nieco więcéj wypić, to jednak nie czyniono mu żadnych wyrzutów, gdyż dziać się to miało w godzinach pozasłużbowych. (Dok. nast.)

IV O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego** we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Co do narządu oddechowego, to dym tytoniowy jak widzieliśmy, z początku w umiarkowanych dawkach przyspiesza, po dłuższém paleniu zwalnia, a w ogóle utrudnia oddechanie zwierzęciu. Błony przewodu oddechowego jak kanałów nosowych, krtani, tchawicy i oskrzeli, są nim ciągle drażnione, a przekrwienia chwilowe, przy dłuższém działaniu, zamieniają się w przewlekłe nieżyty nosa, krtani i oskrzeli. Ztąd to owo drapanie nosa łapą przez królika, któreśmy powyżéj zaznaczyli jako dowód drażnienia nozdrzy jego przez dym. Ztąd kaszle, krztuszenia się, drapanie w gardle i w krtani u człowieka, nieżyty téż kanałów nosowych, krtani i oskrzeli bywają częste u palaczy.

Ponieważ nadto przewlekłe nieżyty błon śluzowych, sprawiają zawsze ich nabrzmienie i rozpulchnienie, to tłumaczy nam dla czego palenie tytoniu tak niekorzystnie wpływa zawsze na zmianę głosu, bo w skutek nieżytu krtani obrzmiewają struny głosowe śpiewaka.

Nieskończenie jednak ważniejszy skutek dymu tytoniowego na narząd oddechowy leży w wpływie jego na całe unerwienie tego narządu, na nerwy rozgałęziające się w miąższu płucnym, w kanałach powietrznych, w tętnicach i w żyłach tu się rozgałęziających ale po części i w mięśniach oddechowych. Zkąd powstaje utrudnione oddechanie, duszność, różne kurcze bolesne, i zaduszenia, dostrzegane na zwierzętach i stwierdzane na ludziach.

Objawy te pochodzą przeważnie od większéj lub mniejszéj kurczliwości, lub rozszerzalności kanałów oddechowych jakoteż naczyń krwionośnych i zmniejszonéj, nierównéj, przerywanéj, lub ustającéj zupełnie działalności mięśniowéj tego narządu.

Dym pozbawiony nikotynu działa nieco słabiéj i mniéj porażająco na płuca.

Narząd krążenia krwi, a mianowicie serce i naczynia krwionośne, nie mniéj od narządu oddechowego, ulegają także wpływom dymu tytoniowego.

Przyspieszenie i zwolnienie tętna, bicie serca silne, następnie słabnięcie jego energii. Bicie nieregularne, tętno przepuszczające, blednienie, drżenie mięśniowe, zawroty głowy, przekrwienie mózgu i bóle około-sercowe, jakie spostrzegaliśmy na zwierzętach i ludziach, są objawami naruszonego krążenia krwi. Głównéj przyczyny tych zmian szukać należy w drażnieniu nerwów i mięśni narządu krążenia przez dym tytoniowy, które ulegając podrażnieniu i porażeniu, raz podniecają, drugi raz osłabiają działalność mięśniową serca i naczyń.

Doświadczenia, które Kl. Bernard robił na żabie, podając jéj nikotyn, aby obserwować na jéj błonie międzypalcowéj pod drobnowidem krążenie krwi w naczyniach włosowatych, robiliśmy po kilka kroć z samym dymem tytoniowym, umieszczając całą żabę prócz jéj łapy w pęcherzu, w ścianach którego umieściliśmy dwie rurki szklane, dla wpuszczania i wypuszczania dymu, i przystępu świeżego powietrza.

Otóż przekonaliśmy się, że tętnice pod dłuższym wpływem dymu tytoniowego kurczyły się, tj. zwężały aż do zupełnego wypróżnienia się z krwi, gdy przeciwnie żyły rozszerzały się i mocno napełniały krwią. Serce przy doświadczeniu tém bić nie przestawało, co dowodzi, że działanie to dymu wywierało wpływ swój głównie na naczynia włosowate.

Zjawisko to tłumaczy nam powstawanie u zwierząt, pozostających w dymie tytoniowym, owego drżenia mięśniowego, które powstaje skutkiem niedokrewności, t. j. złego odżywiania ich włókien, jako następstwa kurczenia się tych naczyń.

Zawroty głowy tłumaczą się znów kurczeniem się tętnic włosowatych w mózgu, gdy przekrwienia jego żylne, czyli tak zwane uderzenia krwi do głowy, tłumaczą się rozszerzaniem się żył.

Bladość twarzy i zmniejszanie się ciepłoty równie kurczeniem się naczyń włosowatych tłumaczyć należy.

Do skutków zmian krążenia krwi, a mianowicie powiększonego ciśnienia w naczyniach krwionośnych, należy także dostrzegane przez nas częstsze i obfitsze wydzielanie moczu.

Do najważniejszych jednak przyczyn, wywołujących w znacznéj części pośrednio lub bezpośrednio te różne objawy i skutki dymu tytoniowego w ustroju ludzkim i zwierzęcym, należy niezawodnie wpływ i działanie jego na:

Układ nerwowy i mięśniowy. Przedewszystkiém nadmienić i stwierdzić należy, że dym tytoniowy cały układ nerwowy najprzód podnieca i drażni, następnie osłabia i zwalnia jego działanie, a długo i w nadmiarze używany, wywołuje w końcu zawsze drgawki, tężec i porażenie. Objawy o jakich zresztą już wspominaliśmy, mówiąc o wpływie na trawienie, oddechanie i krążenie, jak np. wywoływanie ruchu robaczkowego kiszek, duszność i trudne oddéchanie, kurczenie się i rozszerzanie naczyń krwionośnych, lub przerywane tętno itp., pochodzą głównie od podrażnienia nerwów.

Pierwiastkowe pobudzenie ustroju, i niepokój ogólny jego, uczuwany w początku działania dymu tytoniowego, pochodzi od podrażnienia ośrodków nerwowych w ogóle, a w szczególności rdzenia przedłużonego i pacierzowego. Dłuższe jednak działanie składników jego na te narządy wywołuje prawie zawsze drgawki, tężec i porażenia, które widzieliśmy przy doświadczeniach na zwierzętach.

Mięśnie pod wpływem dymu tytoniowego w działaniu swém słabną, kurczą się i ulegają porażeniu, szkodliwie jednak i trująco składniki jego nie na same ich włókna działają, ale raczej na ośrodki nerwowe, np. rdzeń pacierzowy. Jeżeli bowiem przed nasycaniem zwierzęcia dymem przetniemy który z nerwów ruchowych, a potém dopiero zmusimy zwierzę do oddéchania dymem, wtedy nerw przecięty pod wpływem prądu galwanicznego kurczyć się nie przestanie. Co właśnie dowodzi, że tu ośrodek nerwowy a nie nerw sam był porażony. Mięśnie ruchu mimowolnego głównie porażeniu temu ulegają. Trzeba jednak przy doświadczeniach z dymem tytoniowym dobrze odróżniać wydarzające się tu osłabienie i zwątlenie mięśni, z czasem zupełnie mijające, od porażenia ich trwałego.

Zmysły nasze pod wpływem dłuższego działania dymu tytoniowego ulegają także pewnym niekorzystnym zmianom. Tracą one nietylko na swéj bystrości, ale niekiedy i zupełnemu ulegają porażeniu. Działanie dymu na nerwy zmysłowe bywa albo pośrednie, albo bezpośrednie. Ciągłe drażnienie błon śluzowych nosa, jamy ustnéj, języka, i gardziela, jak to powyżéj wspominaliśmy, wywołuje przewlekłe nieżyty i obrzmienia. Skutkiem zaś takiego obrzęknienia tępieje naturalnie powonienie i smak. A ponieważ nieżyt gardziela pociąga za sobą bardzo często i nieżyt trąbki Eustachijusza, przeto powstaje także i przytępienie słuchu i szumy w uszach.

Pomijając już to, że nieustanne narkotyzowanie i drażnienie układu nerwowego, o którém co dopiero mówiliśmy, musi potęgować lub tępić zawsze bezpośrednio jego czułość, to dotychczas naukowo tylko stwierdzono specyjalne działanie nikotynu dymu tytoniowego na narząd i nerw wzrokowy, o czém poniżéj obszerniéj wspomnimy.

Jakie wywiera wpływ i działanie dym tytoniowy na sferę psychiczną człowieka, o tém z fizyjologicznych krótkich i doraźnych doświadczeń i badań, nie wiele sądzić można. Trzeba na to bowiem nierównie dłuższego czasu i licznych spostrzeżeń czerpanych z życia i praktyki. W téj części też pracy głownie i my poszliśmy tą drogą, opierając sądy swe i poglądy nietylko na tém, co nam już dotąd nauka zebrała, ale i na spostrzeżeniach swych własnych, z życia i praktyki zbieranych.

Z tego jednakże cośmy dotychczas mówili o działaniu dymu tytoniowego na układ nerwowy i krwionośny, jakoteż na narząd trawienia i oddéchania, równie jak i z tych objawów, jakie się przy krótkich nawet doświadczeniach fizyjologicznych na człowieku dokonywanych od razu spostrzegać dają, śmiało przypuszczać możemy, że na jego sferze psychicznéj muszą się zmiany te fizyjologiczne ustroju naszego koniecznie odbijać i odbijają, chociażby tylko wedle staréj zasady powszechnie uznawanéj, że zdrowa dusza w zdrowém ciele.

Drażnienie, a raczéj pobudzanie, układu nerwowego, jakie dym tytoniowy wywiera zawsze czas jakiś z początku na człowieka, powtarzane ciągle i coraz to silniéj, wedle ogólnych, a stwierdzonych zasad fizyjologicznych słabnie, następnie zmniejsza się, i staje się w końcu zawsze przeciwnie środkiem kojącym i znieczulającym, t. j. przytępiającym wrodzoną czułość i wrażliwość nerwową i psychiczną człowieka.

Jakkolwiek do skutków tych z palenia tytoniu wynikających dochodzi się tylko drogą zatrucia i przykrych wstrętnych doświadczeń i wrażeń, ostrzegających niejako człowieka, że to trucizna, mimo to jednak tym dwom własnościom pobudzania i przytępiania wrażliwości psychicznéj zawdzięcza, zdaje się, najwięcéj tytoń swe rozpowszechnienie, tj. że palenie jego stało się dziś już nałogiem.

Nie ulega wątpliwości, że życie człowieka wystawionego ciągle raz na wrażenia i prace osłabiające go, a powtóre na dotkliwe przykrości i doświadczenia, może nieraz rzeczywiście uczuwać na przemian potrzebę to podniety, to znów przytępienia swéj czułości, nigdy jednak zapominać nie należy, że pobudzanie to i drażnienie, na materyjalnéj, fizyjologicznéj podstawie oparte, trwać może tylko do pewnéj granicy, po za którą, pomimo nawet potęgowania się bodźca, przechodzi zawsze w coraz to silniejsze stępienie czyli nieczułość, lub wywołuje inne, wcale niepożądane, następstwa i zmiany w ustroju

Ponieważ czystość i delikatność naszego czucia w ustroju jest podstawą psychicznego jego rozwoju i kształcenia, ponieważ zdrowie i dobre odżywianie tegoż, które narusza się i wątli wpływem dymu tytoniowego, jakeśmy to wykazali, jest także warunkiem niezbędnym zdrowia naszego psychicznego, przeto pojąć nawet nie możemy, zapatrując się na sferę psychiczną człowieka tylko z somatycznego punktu widzenia, aby palenie tytoniu, szczególnie długie i nadmierne, mogło pozostawać bez żadnego na nią wpływu i oddziaływania, to jest, aby owe drażnienie, przekrwienie, niedokrewność itp. zmiany organu życia umysłowego, nie wywoływały i nie prowadziły do zmian i zboczeń pewnych w sferze umysłowéj, które szczególnie po długiém używaniu i przewlekłych zatruciach tytoniowych najwięcéj się uwydatniają, i najczęściéj przydarzają. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Wiestnik kliniczeskoj i sudiebnoj Psychijatryi i Newropatołogii. Czasopismo wychodzące w odstępach niestałych pod redakcyją prof. Mierzejewskiego.

Drugi zeszyt *Wiestnika* nie ustępuje bogactwem treści

pierwszemu, a przewyższa go rozmiarami. Snać wydawnictwo oparło się na silnéj podstawie doborowych współpracowników, skoro w tak krótkim czasie wydało dwa okazałe tomy, zapełnione artykułami wysokiéj naukowéj wartości.

Drugi zeszyt *Wiestnika* zawiera: Dra Magnana (z Paryża). O złudzeniach obustronnych, posiadających z każdéj strony cechy odrębne; Prof. Mierzejewskiego: Przyczynek do nauki o alkoholizmie; jest to ta sama praca, któréj druk kończy się i w Przegl. Lek., a która tak słusznie zainteresowała czytelników naszego czasopisma. Litwinowa: Przyczynek do statystyki chorób umysłowych w Rosyi; prof. Mierzejewskiego i doc. Erlickiego: Jednostronny postępowy uwiąd policzka; Dra Rosenbacha: O wpływie głodzenia się na ośrodki mózgowe; doc. Bechtierowa: O zjawiskach powstających w skutek przecięcia włókien wzrokowych w środku półkul mózgowych; doc. Daniłły: Czy przyczyna napadów epileptycznych polega na zmianach w tylnéj części kory mózgowéj? (artykuł ten pojawił się naprzód w Nrze 4 Przegl. Lek.); Dra Rosenbacha: Przyczynek do wyjaśnienia przeciwpadaczkowego działania potasu.

Dział krytyczny i biblijograficzny zawiera sprawozdanie z 70 prac, ogłoszonych w językach wszystkich oświeconych narodów, i pod tym względem z *Wiestnikiem* nie może mierzyć się żadna europejska publikacyja.

Z samego już zrejestrowania prac zawartych w *Wiestniku* przekonają się czytelnicy Przeglądu, że czasopismo to dorównywa poważnemu stanowisku, jakie zajął prof. Mierzejewski z swoimi współpracownikami w literaturze lekarskiéj. *Dr. A. Kw.*

Wł. Gluziński: **Przyczynek do wessania tłuszczów w jelitach.**

(Z pracowni fizyjologicznéj prof. Piotrowskiego.)

Że tłuszcze dostają się z przewodu pokarmowego do ustroju, przekonały już od dawna raz próby żywienia niemi, a powtóre obserwacyja, iż po wprowadzeniu tłuszczów do przewodu pokarmowego mlecz naczyń chłonniczych jest przepełniony kuleczkami tłuszczowemi. Pytanie zaś, w jaki sposób i jakiemi drogami to przedostawanie się tłuszczu nastaje, pozostało dotąd nierozstrzygnięte, gdy bowiem aż do r. 1861 według twierdzenia Brückego ogólnie przypuszczano, jakoby między powierzchnią błony śluzowéj jelit a naczyniami chłonniczemi były wolne komunikacyje, tak iż kuleczki tłuszczu wprost do tychże, a ztąd do naczyń chłonniczych się dostają, to w tymże roku ogłoszone dwie prace doświadczalne na tém polu zdawały się przeczyć temu zapatrywaniu. Jedna prof. Teichmana, który przez wstrzykiwanie zawiesin mlecznych, krwi itd. od środka do obwodu naczyń limfatycznych nie zdołał bez przedarcia kończyn tychże wprowadzić wstrzykniętych pyłków do światła jelit; a druga Rindfleischa, który, postępując drogą przeciwną, żywił żaby zawiesinami ciał barwistych, krwią wielbłądów itp., a nie mógł stwierdzić dostawania się pyłków od błony śluzowéj jelit do naczyń limfatycznych. To téż poczęło przeważać zapatrywanie, że tłuszcze wprzód zostają zmydlone i rozpuszczone na powierzchni błony śluzowéj jelita, a jako rozczyny dostają się do naczyń chłonniczych, gdzie znów powstają z nich kuleczki tłuszczowe. Liczne jednak badania w tym kierunku przedsiębrane wykazały wprawdzie kwasy tłuszczowe w treści jelita, lecz nie wykazały ani obecności drugiego składnika tłuszczów, t. j. gliceryny, ani téż nie wyjaśniły bliżéj téj problematycznéj siły chemicznéj, która z rozłożonych składników tłuszczu napowrót je w naczyniach chłonniczych składa. Nie porzucono téż całkiem nadziei wykazania możliwości przedostania się ciałek tłuszczowych drogą mechaniczną do naczyń limfatycznych. I Recklinghausen, który obrał jako powierzchnię wessania obfitą w naczynia limfatyczne błonę surowiczą jamy brzusznéj, do któréj wstrzykiwał zawiesiny barwików jakotéż mleko, zdołał wykazać wstrzyknięte pyłki w naczyniach limfatycznych robiąc doświadczenia na królikach. Fakt ten obserwowany przez Recklinghausena stwierdzili inni i dla reszty błon surowiczych, jak np. błony podpajęczéj i opłucnéj.

Autor wymienionéj rozprawy zachęcony temi wynikami postanowił na nowo badać zachowanie się tłuszczów do błony śluzowéj jelita. W tym celu brał on pętle jelita cieląt świeżo zabitych i wypełniał je mlekiem, lecz wynik przy badaniu mikroskopowém naczyń limfatycznych błony śluzowéj wypadł ujemny, kosmki jelit nie napełniły się kuleczkami tłuszczu. Gdy jednak autor użył osobliwszego fortelu, że napełnił naczynia krwionośne rtęcią pod ciśnieniem 5cm. przez co podobnie jak za życia kosmki zostały w naprężeniu utrzymane, a do pętli jelita wlewał zawiesinę otrzymaną przez kłócenie oliwy ze sokiem trzustkowym, to po 2—4 godzinach doświadczenia, badanie mikroskopowe wykazywało kosmki wzdłuż naczynia centralnego wypełnione drobnemi kuleczkami tłuszczu; doświadczenia te kilkakrotnie powtarzane wydawały zawsze wynik dodatni. Poszukiwania, czy téż przypadkowo przez przedarcie kosmków ciśnieniem rtęci kuleczki tłuszczu do nich się nie dostały, nie wykazały, aby kuleczki rtęci do światła jelit przechodziły, a doświadczenia kontrolujące w ten sam sposób wykonane, przy umyślném jednak przedarciu kosmków, wydawały zupełnie inny obraz mikroskopowy, jak w przypadkach poprzednich. Ztąd wnosi G., że chłonięcie tłuszczów w jelitach jako takich może się odbywać, i to tylko przy pomocy sił fizycznych, przyczém pewne warunki za życia działające mogą je jeszcze przyspieszać. Tak dobrze obmyślonemi doświadczeniami udało się autorowi przechylić zapatrywanie co do chłonięcia tłuszczu w jelitach na szalę teoryi czysto mechanicznéj, wymagającéj współudziału tylko sił fizycznych. (Sprawozdania z posiedzeń wydziału matematyczno przyrodniczego Akademii Umiejętności za rok 1883). *W. J.*

Prof. Kundrat: **O obecném stanowisku anatomii patologicznéj w sprawie gruźlicy**

Pośród licznych zapatrywań na sprawę gruźliczą zasługują na szczególniejszą uwagę dwa zapatrywania wprost sobie przeciwne, a które się do ostatnich czasów utrzymały. Rokitansky uważał te sprawy chorobowe, które się odznaczają zejściem w serowacenie, bez względu na to, czy występują w formie guzków, czy rozlanych nacieków, za sprawę nowotworową. W przeciwieństwie do tego zapatrywania ograniczył Virchow pojęcie gruźlicy w ten sposób, że uważa tylko guzki za wytwory sprawy nowotworowéj, gdy wszelkie nacieki rozlane zalicza do rzędu spraw zapalnych, które polegają na skazie zolzowéj. Uczniowie Virchowa rozwijali daléj jego teoryję i tworzyli coraz większy przedział między sprawą nowotworową gruźliczą a sprawą zapalną, występującą w formie nacieku rozlanego, a nawet Niemeyer ze stanowiska klinicznego nie wahał się postawić hipotezy, że i wypocina zapalenia dławcowego może uledz zserowaceniu

i wywołać podobny obraz chorobowy. Lecz w miarę postępu techniki optycznej i udoskonalenia instrumentów coraz mniéj miała zwolenników stara humoralno-patologiczna teoryja zapalenia, broniona przez długi czas zwłaszcza przez Francuzów a równocześnie Langhaus i Schüppel zajęli się dokładném zbadaniem gruzełków i pokazało się, że gruzełki znachodzą się wśród tych rozlanych nacieków daleko częściéj, aniżeli dotąd sądzono.

Dokładne badania drobnowidowe wykryły, że sprawy te zapalne nietylko toczą się w pęcherzykach płucnych, ale zajmują także tkankę międzypęcherzykową, tworząc w niéj naciek drobnokomórkowy, obok którego powstaje równocześnie proliferacyja i łuszczenie się w większéj ilości komórek przybłonkowych w pęcherzykach płucnych, które właśnie nadaje pewien odrębny charakter całej sprawie zapalnéj i to skłoniło nawet Buhla do utworzenia osobnéj nazwy *Pneumonia desquammativa* a choć on sam znajdował często gruzełki w tych razach, przecież trzymając się szkoły berlińskiéj, wolał je raczéj uważać za rzecz przypadkowo wywołaną przez zadrażnienie miejscowe.

Badania Rindfleischa jeszcze więcéj zbliżyły obie szkoły; wykazał on bowiem, że już w początku owych spraw zapalnych, gdy np. w płucach jest zaledwie nieżyt oskrzelowy, tworzą się gruzełki prosówkowe.

Równocześnie zaczęto podejmować szerszą skalę doświadczeń i przekonano się, że podobne gruzełkom guzki powstają także skutkiem wessania różnych substancyj. To zachwiało znowu przekonanie o zaraźliwosci gruźlicy, lecz tylko na krótki czas, bo dokładne doświadczenia Klebsa nie pozwoliły ani powątpiewać, że gruźlica należy do chorób zakaźnych. Chodziło więc tylko o wykrycie prątków. Po daremnych usiłowaniach w tym kierunku Klebsa i Aufrechta wystąpił Koch ze swojém odkryciem, które wkrótce wyrobiło sobie prawie ogólne uznanie, tak. że dziś musimy powiedzieć, że gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki, które oznaczamy nazwą gruźliczych. A ponieważ za pomocą metody Kocha udaje się wykazać prątki nietylko w gruzełkach prosówkowych ale także i w przypadkach, w których jest tylko prosty naciek komórkowy, przeto te dwie sprawy nie są czémś odrębném, ale są przeciwnie skutkiem téj saméj przyczyny. Widzimy więc. że sprawa znów wróciła na dawne tory i dziś zapatrywania na gruźlicę równają się tym, jakie szkoła wiedeńska miała przed dziesiątkami lat.

Tam, gdzie jest mnóstwo rozsianych guzków, w którym to razie sprawa i szybciéj postępuje, musimy przypuścić, że prątki rozszerzają się drogą naczyń krwionośnych. Gdzie zaś są ogniska chroniczne, jest prawdopodobniejszém rozszerzenie się ich drogą naczyń limfatycznych.

Zachod i pytanie, którędy prątki dostają się do ustroju. Ponieważ prątki muszą być przeniesione na ustrój, więc drogą, którą się do niego dostają, może być narząd oddechowy, przewód pokarmowy i inne przewody uchodzące na zewnątrz a bardzo rzadko mogą się one dostać przez bezpośrednie szczepienie. Lecz nie rzadko ogniska pierwotne gruźlicze, prowadzące w dalszym ciągu do gruźlicy ogólnéj, leżą daleko od kanałów i od ogólnéj powłoki ciała. W tych przypadkach nie udało się dotąd znaleźć dróg, któremi się tam prątki dostają a mniemanie Klebsa, że w tych razach następuje ogólne zakażenie skutkiem dostania się do ustroju prątków przez narząd oddechowy lub przewód pokarmowy, poczém prątki te rozwijają się przeważnie w pewnych miejscach, np. szczytach płuc, jest nieuzasadnione; bo równie dobrze można przypuścić, że prątki, dostawszy się jakąkolwiek drogą do ustroju, rozwijają się w miejscach, przedstawiających najkorzystniejsze po temu warunki, t. j. których tkaniny są najmniéj odporne; nie potrzeba więc uciekać się do zakażenia ogólnego. Wszak już dawno spostrzeżono, ze gruźlica rozwija się tylko u pewnych jednostek do niéj usposobionych, które albo w młodości przebywały zołzy albo choć ich nieprzebywały, mają w budowie swéj pewne charakterystyczne cechy. Ludzie zresztą dobrze zbudowani i odżywieni ulegają gruźlicy po chorobach lub nadużyciach wyniszczających. Więc nie ulega wątpliwości, że dyspozycyja narządów i tkanin ma tu wielkie znaczenie; dla tego téż i gruźlica szczepiona daje się wywołać tylko u pewnych zwierząt. Jak zatém z jednéj strony odkrycie Kocha dało bardzo dobry sposób tłumaczenia objawów gruźlicy, tak z drugiéj strony nasunęły się nowe wątpliwości, które drogą doświadczenia usuwać jest zadaniem przyszłości. (*Mitt. d. V. d. Aerzte*, 1883, Nr. 23 i 24). *Dr. Otto.*

Prof. Mikulicz: **Przyczynki do plastycznéj chirurgii nosa.**

Prof. M. podaje szereg operacyj mających na celu polepszenie kształtu nosa zmienionego przez różne sprawy chorobowe lub zastąpienie jego ubytku. Przypadki opisane dzielą się na 4 grupy.

1) Podniesienie nosa zapadniętego w skutek ubytku przegrody chrzęstnéj. Przypadków takich podaje prof. M. cztery, a operacyja polegała na tém, że za pomocą wąskiego tenotomu przecięto podskórnie blizny łączące skórę z pozostałą częścią chrząstki, następnie przecięto blizny jeszcze od wewnątrz w kilku kierunkach a uwolniwszy tym sposobem skórę na dostatecznéj przestrzeni tamponuje się nos gazą jodoformową, który odzyskuje zaraz kształt prawidłowy. W celu utrzymania nadanego kształtu używał prof. M. przyrządu, składającego się z 8 trójkątnych strzemion z drutu powleczonego kauczukiem, z których każde wprowadza się osobno do nosa, tak aby dolna ich część opierała się o brzeg wcięcia gruszkowatego, górna zaś służyła za podporę dla grzbietu nosa.

W pierwszym z operowanych w ten sposób przypadków wynik był z początku świetny, jednak już po miesiącu blizna zaczęła się kurczyć tak mocno, że chora nie mogła znosić przyrządu. Przez pewien czas wkładała jeszcze jedno strzemię, wreszcie i tego zaniechała; jaki był ostateczny wynik operacyi, nie wiadomo.

Drugi operowany nie mógł się nauczyć wprowadzania przyrządu, stracił cierpliwość i operacyja pozostała bez skutku.

Trzeci chory zaniechał również wprowadzania przyrządu zaraz po opuszczeniu kliniki, nos jednak w $2^1/_2$ roku po operacyi miał kształt jeszcze wcale przyzwoity.

U ostatniéj choréj wynik był najlepszy. Blisko w 10 miesięcy po operacyi nos tylko bardzo mało był zapadły, chora nosiła przyrząd tylko w dzień, w nocy zaś wyjmowała go.

Według tych doświadczeń radzi prof. M., aby operacyję tę wykonywać tylko u ludzi mających dość silnéj woli, aby pokonać trudy mozolnego leczenia następowego. U nich operacyja jest wskazana, gdyż może ona dać wyniki bardzo dobre, a w razie nieudania się nie szkodzi choremu zupełnie, gdyż nie zostawia żadnego nowego oszpecenia.

2) Podniesienie nosa zapadniętego z powodu ubytku części chrząstnego i kostnego ru-

sztowania nosowego usiłował prof. M. uskutecznić u młodego chorego w sposób podobny do poprzedniego, tj. przez podskórne przecięcie blizn i podpieranie nosa za pomocą przyrządu opierającego się o brzeg wcięcia gruszkowatego i kość czołową. Wynik był zrazu świetny, lecz wkrótce kurcząca się blizna zmusiła do usunięcia podpórki; nos wrócił do poprzedniego kształtu. Dla tego użył prof. M. innego środka, mianowicie oddzielił od strony jamy nosowéj okostnę wraz ze skórą od wyrostków nosowych szczęki górnéj aż po za brzeg oczodołu, a uwolnioną w ten sposób skórę przeciągnął za pomocą 2 szwów płytkowych ku wewnątrz, tak że utworzył się pięknie zaokrąglony grzbiet nosa. Po 16 dniach oddalono szwy płytkowe, a w celu utrzymania kształtu nosa nosił operowany w dzień mocny pince-nez, w nocy zaś odpowiednio urządzoną klamrę. W ciągu 9 miesięcy nos cokolwiek się zapadł, lecz kształt pozostał wcale dobry, pince-nez trzymał się na nosie mocno.

3) W celu utworzenia przegrody nosowéj skórnéj wybrał prof. M. następujące postępowanie. Na górnym brzegu rowka wargowego utworzył łożysko dla nowéj przegrody potém utworzył płat z końca i dolnéj części grzbietu nosa, następnie skrócił przegrodę chręstną o tyle, aby utworzony płat dał się włożyć i przymocować do utworzonego dlań łożyska na wardze górnéj; wreszcie odłączono skórę na skrzydłach nosowych od chrząstki, którą odcięto o tyle, aby odpowiadały długością swą skróconemu grzbietowi nosa a powstałe przez to płaty skórne zawinięto ku wewnątrz i przymocowano szwami węzełkowemi.

Nos miał kształt bardzo dobry, a na dołączonéj rycinie nie widać żadnéj różnicy od nosa zupełnie prawidłowego.

4) Dla uzyskania podstawy dla nowego nosa w przypadkach całkowitéj rynoplastyki zużytkował prof. M. pozostałe części skóry wobec zupełnego braku chrząstek i kości nosowych w ten sposób, że przez cięcie idące wzdłuż bocznego brzegu wcięcia gruszkowatego oddzielił skórę nosa od policzków, następnie ściął powierzchowną jéj warstwę, a po odwinięciu obu płatów ku górze zespoił je z sobą szwami materacowemi tak, że stanowiły one przegrodę a zarazem podporę dla nowego nosa, który jak zwykle utworzono ze skóry czoła. Po upływie roku nos miał profil i kształt dobry, a po małéj poprawce z powodu zbyt grubéj przegrody skórnéj chora udała się do domu, ciesząc się jeszcze $1\frac{1}{2}$ roku potém nosem wcale pięknym. (Odbitka z Gazety Lekarskiéj 1883). *Dr. Schramm.*

Küstner: **Połogowe zapalenie sutka.**

Zdania co do sposobu powstawania téj choroby do dziś dnia różnią się między sobą. Można je dzielić na trzy kategoryje: 1. Billroth i Winckel uważają chorobę po prostu za flegmonę, a zatém za sprawę zapalną w tkance łącznéj i okołogruczołowéj powstałą w skutek zakażenia przez rozpadliny (*rhagades*) i prowadzącą do ropienia tkanki łącznéj. Zaprzeczają oni zakażeniu saméj tkanki gruczołowéj i nie widzieli nigdy ropienia przyblonkowego. 2. Spiegelberg przeciwnie przypuszcza zakażenie drogą przewodów mlecznych za najczęstsze i w dalszym ciągu naciek i rozpad ropny saméj tkanki gruczołowéj. 3. Schröder wreszcie zatrzymanie mleka w przewodach gruczołu i zatkanie ich uważa za częsty powód choroby twierdząc, że mleko zatrzymane w ropę się rozpada.

Küstner uważając pierwszą formę za najczęstszą twierdzi jednak, że trafia się także, lubo mniéj często, choroba sutka powstała bez zakażenia i tylko na podstawie zatkania przewodów mlecznych zatrzymaném mlekiem, przyczém jednakże, co w téj pracy właśnie jest rzeczą nową i nader ważną, przeczy przemianie mleka w ropę, gdyż badany płyn, otrzymany przez nacięcie, nie przedstawiał w opisanych czterech przypadkach pod mikroskopem ciałek ropy, a poszukiwanie mikroorganizmów dawało zawsze wynik ujemny; stwierdzono zaś kulki mleczne, tłuszczowe. W żadnym z opisanych przypadków chorobowych nie było rozpadlin na brodawce sutka. Co do leczenia, zaleca autor w tych przypadkach z początku opaskę uciskową na sutki; jeżeli jednak naciek nie znika, chełbotanie staje się wyraźniejszém, nacięcie, przy którém nie ropa, lecz mniéj lub więcéj zgęszczone mleko się wydobywa. Nie trzeba wystrzykiwać jamy pozostałéj, ani używać środków dezinfekcyjnych, bo tu ani płyn, ani jama nie były zakażonemi.

Praca ta winna zachęcić do badania za pomocą mikroskopu płynów otrzymanych przez nacięcie ropni rzeczywistych lub wrzekomych, aby przekonać się o prawdzie podanych przez Küstnera szczegółów. (*Archiv f. Gynaekologie.* B. XXII, H. 2). *Dr. Kohn.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne Tow. lek. krak. odbyte d. 9 stycznia 1884.
Przewodniczący kol. Obaliński. Obecnych członków 30.
(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Kol. Paszkowski zapytuje prelegenta, w jakim stanie znajdowała się otrzewna w jednym i drugim przypadku operowanym przez kol. Mikulicza.

Kol. Schramm odpowiada, iż w pierwszym przypadku było zapalenie surowiczo-włóknikowe, w drugim nie było zapalenia.

Kol. Paszkowski: Chciałem jeszcze dodać jednę uwagę co do objawu w niedrożności, który ma być wskazaniem do laparotomii bezzwłocznéj. Prelegent bowiem wspomniał, że wtedy, kiedy zapad występuje, nie należy czekać na inne objawy dyjagnostyczne, tylko należy wykonać zaraz operacyję. Otóż to wystąpienie zapadu jest rzeczą względną. Z mego doświadczenia mogę powiedzieć, że chorzy z niedrożnością względnie bardzo dobrze czasem znoszą swe cierpienie i zapad występuje późno. Ile razy miałem sposobność obserwowania takich chorych, to wszędzie, gdzie był zapad znaczny, mogłem go już odnieść do istniejącego zap. otrzewny. W istniejącém zaś zap. otrzewny maleją szanse operacyi. A więc nie można wypowiedzieć zasadniczo zdania, że wtedy operować należy, kiedy występuje zapad. Przytoczę tu jeden przypadek z kliniki prof. Korczyńskiego za czasów méj asystentury, gdzie wszystkie przypady niedrożności były bardzo wybitne i gdzie w 10 czy 12 dniu choroby (po kilkakrotném stósowaniu prądu elektrycznego) niedrożność została usunięta. W przypadku tym śladu zap otrzewny nie było, ale i zapadu nie było. Kilka przypadków w szpitalu obserwowanych utwierdziło mnie w tém przekonaniu. Nie mówię jednak, żeby zap. otrzewny było jedyną przyczyną zapadu, ale że jest najważniejszą, a operacyja robiona w tém zapaleniu daje szanse jak najmniejsze, a jeżeli jest zapalenie otrzewny ropne, to szanse te są niemal równe zeru. Co do objawów rozpoznawczych chciałem przytoczyć przypadek, który obserwowałem w szpitalu. Przy inwaginacyi często się zdarza, że kiszka wychodzi po za rzyć i przedstawia się jako opadnięcie prostnicy. Przed 2 czy 3 laty miałem taki przypadek, a sekcyja wykazała, że to była znaczna inwaginacyja jelita przez całą kiszkę grubą. Co się tyczy innych szczegółów rozpoznawczych, to właściwie nie można dyskutować o nich bez zebrania i ułożenia materyjałów, jakie mamy z doświadczenia własnego i dla tego sądziłbym, aby dyskusyja nad tym przedmiotem odbyła się na następném posiedzeniu, nie wy-

kluczając jednak i dzisiaj dyskusyi, gdyby który z kolegów zechciał głos zabrać.

Kol. Warschauer: Mnie się zdaje, że laparotomija w takich razach, o których mówimy, nie tak prędko przyjmie się między publicznością i zyska sobie uobywatelenie, zachodzi tu niejakie podobieństwo z laryngotomiją i tracheotomiją. Bo jeżeli wynik korzystny operacyi zależy od tego, że się zawczasu operuje, to publiczność, czyli sam chory na tak prędkie wykonanie operacyi z pewnością się nie zgodzi, jeżeli zaś później robimy, to szanse są bardzo niekorzystne. Tego rodzaju niedrożności zdarzały mi się dość często, a po rozmaitych zabiegach lekarskich przychodzili chorzy do siebie.—U kobiet 3 przypadki sobie przypominam, które się skończyły szczęśliwie Dwa z tych widział i prof. Korczyński. Jedna staruszka 80-letnia, u któréj po użyciu rozmaitych środków w końcu użytą była elektryczność i chora ta przyszła do siebie. Druga 50 letnia, która chorowała przez 10 dni; po rozmaitych lekach w końcu zastósowano elektryczność i chora ta przyszła również do siebie. Trzecia między 30—40 rokiem życia, u któréj po 2 czy 3 dniach choroby zdecydowano operacyję na dzień następny, i tu również po użyciu elektryczności choroba usuniętą została.—Nie chcę przez to powiedzieć, że ten lub ów środek pomaga, ale wydarzają się przypadki, gdzie choroba ta bez operacyi przechodzi w wyzdrowienie, co chorych nie bardzo zachęca do wczesnego zgodzenia się na operacyję. Ale u publiczności wykształconéj może ona z czasem zyskać uobywatelenie.

Kol. A. Rosner: Kol. Paszkowski powiedział, że każde zap. otrzewny jest zupełném przeciwwskazaniem do laparotomii. Ja sam nie mam wielkiego doświadczenia w tym względzie, ale to, co raz widziałem, uleczyło mnie od takiego mniemania. Byłem świadkiem operacyi, wykonanéj przez prof. Mikulicza, gdzie przy operacyi było zap. otrzewny włóknikowo-ropne i to zapalenie na dalszy przebieg nie miało wpływu. Chory umarł 6 dnia po operacyi, ale dla tego, bo przyczyna nie mogła być usuniętą. Także nie mogę się zgodzić na ten *shok*, *collapsus*, zapad, który ma wskazywać obecność zap. otrzewny. W przypadku tym, mimo zap. otrzewny, zapadu nie było a z drugiéj strony można się przekonać, że przy nagle powstałych inkarceracyjach nawet zewnętrznych następuje zapad, którego przyczyną nie jest z pewnością zap. otrzewny a po usunięciu inkarceracyi ustępuje i zapad.

Kol. Paszkowski: Zastrzegam się, że nie powiedziałem, jakoby zapad pochodził wyłącznie od zap. otrzewny, tylko powiedziałem, że po większéj części a według mego doświadczenia wszędzie, gdzie jest zapad było zap. otrzewny; powtóre nie powiedziałem, że zap. otrzewny jest przeciwwskazaniem laparotomii, tylko że zmniejsza szanse operacyi i że w ropném zap. otrzewny szanse te równe prawie zeru.

Kol. Obaliński: Kolega prelegent najlepiéj nacechował swe zapatrywania co do czasu przystąpienia do operacyi, mówiąc, że 24—36 godzin wystarcza, aby stósując środki wewnętrzne, zazwyczaj w takich razach używane, nabrać przekonania, czy środki te pomagają, albo nie pomagają, i w drugim razie zdecydować się na operacyję. Ostatecznie trzeba raz doprowadzić do tego, aby nie publiczność, jak to się dotąd najczęściéj działo, rozstrzygała w takich razach, lecz my sami; lecz do tego potrzeba, abyśmy sami raz nabrali tego przekonania, że laparotomija najczęściéj jest wskazaną i to już w pierwszych dniach choroby. Tak samo było dawniéj z wskazaniami do tracheotomii i herniotomii, a przecież się zmieniło i to dopiero wtenczas, gdy lekarze stali się pod względem swych orzeczeń więcéj stanowczymi. A nawet w późniejszym czasie wykonana laparotomija może doprowadzić do celu, tak jak to i w herniotomii bywa, gdzie częstokroć zastanawiamy się, czy resekcyję robić, czy też odprowadzić Czasem się zdarzało, żeśmy się zdecydowali pętlę wprowadzić napowrót i chory wyzdrowiał. To samo może mieć miejsce w laparotomii. Wprawdzie na niekorzyść laparotomii przemawia, że tutaj mamy zmiany na rozleglejszéj przestrzeni, gdy w herniotomii zwykle ogranicza się do jednéj pętli. Zarzuci nam ktoś, że wykonywając laparotomiję wczas możemy ją zrobić niepotrzebnie. Cóż złego może się zresztą stać, jeżeli wykonamy laparotomiję tam, gdzie ona nie była wskazaną. Jeden tylko przypadek jest przeciwwskazaniem, tj. gdyby niedrożność stanowił obrzęk kałowy. Ale wtedy nie znajdziemy zap. otrzewny a jeżeli go nie ma, a zrobimy cięcie dyjagnostyczne, to przy dzisiejszéj antyseptyce nic złego stać się nie może. Przypadki te tylko wyjątkowo nie dają się rozpoznać, tak że decydując się na operacyję w przypadku z niepewném rozpoznaniem wyjątkowo wydarzyłoby się, że wykonalibyśmy operacyję tam, gdzie nie była koniecznie wskazaną. Do niedawna sami chirurdzy jeszcze wahali się, ale im się więcéj widzi, tym więcéj uzasadnia się przekonanie, że powinno się zawsze operować. 24—36 godzin powinno wystarczyć, aby przez ten czas próbować różnych środków a w razie nieskuteczności przystąpić niezwłocznie do operacyi, bo szanse są lepsze.

Kol. Mikulicz: Ja się zgadzam na zdanie koll. Schramma i Obalińskiego, że w razie gdy rozpoznanie jest pewne, nie powinno się za wiele czasu tracić na stósowanie innych środków, czekać nie więcéj niż 24—36 godzin; ale właśnie to rozpoznanie jest najczęściéj *punctum saliens*. Najwięcéj czasu traci się na dyjagnozę i rozpoznaje się stanowczo często w takim czasie, kiedy zap. otrzewny daleko już posunięte i przypadek stanowczo stracony; dla tego musimy kolegów internistów prosić, aby swoje doświadczenie w tym kierunku wyzyskali, abyśmy mieli pewniejsze wskazówki do rozpoznania, iżby jak najwcześniéj operacyję przedsięwziąść można. Dopóki jednak rozpoznanie nie jest pewne, my chirurdzy mamy prawo i nawet musimy robić cięcie probiercze w wątpliwych przypadkach w celach dokładnego rozpoznania, a względnie natychmiastowego wykonania odpowiedniéj operacyi. Mnie się zdaje, że nie wszyscy koledzy zgadzają się z kol. Obalińskim, gdy mówił o cięciu dyjagnostyczném i możliwém znalezieniu obrzęku kałowego przy takowém. Mojém zdaniem lepiéj raz natrafić na obrzęk taki operując bez potrzeby a bez szkody, a 9 razy na właściwą przyczynę, która się da usunąć, niż w 10 takich przypadkach wcale nic nie robić. Jabym zmodyfikował zatém zdanie kol. Schramma w ten sposób, że w tych przypadkach, gdzie rozpoznanie jest pewne, mamy operować po 24—36 godzinach, a tam, gdzie rozpoznanie nie jest pewne, gdzie internista nie może stanowczo wykluczyć niedrożności kiszki a gdzie objawy są groźne, tam mamy prawo, a nawet obowiązek, wykonać laparotomiję probierczą.

Kol. Pieniążek: Pozwolę sobie zwrócić uwagę na jedną rzecz, chociaż mam bardzo mało doświadczenia pod tym względem. Mnie się zdaje, że przez chirurgów, którzy robili laparatomiję, dostatecznie jest stwierdzoném, że zetknięcie zdrowéj otrzewny z powietrzem nie jest tak bardzo niebezpieczném, dla tego laparatomija niepotrzebnie zrobiona, jeżeli zachowane są wszystkie środki ostrożności, takiego niebezpieczeństwa dla zdrowéj otrzewny nie sprowadza. Z kolei przypatrzmy się, jaki wpływ może mieć laparatomija w zap. otrzewny. Zapewne gdy chirurg, który zrobił laparatomiję, nie znajdzie zapalenia, będzie mu to przyjemném, bo szanse operacyi są lepsze; jeżeli znajdzie, to wprawdzie szanse operacyi są gorsze, ale nie laparatomija temu winna, tylko zapalenie samo przez się; powiedziałbym raczéj, że w obec zdrowéj otrzewny laparatomija mogłaby zaszkodzić przez narażenie otrzewny na wpływ powietrza, aniżeli wtedy, gdy otrzewna kąpie się w ropie lub w cieczy septycznéj. Taka otrzewna zetknięcia z powietrzem nie potrzebuje się już obawiać. Owszem sądzę, że jeżeli się tę ciecz septyczną lub tę ropę z jamy otrzewny wypuści, że to raczéj może być korzystném dla chorego, niż szkodliwém. Mówię to pod wpływem ostatniéj lapatomii, którą widziałem, a którą widział i kol. A. Rosner, wykonaną przez kol. Mikulicza. Tam się okazała ciecz cuchnąca w jamie otrzewny.

Kol. Obaliński: To co kol. Pieniążek w końcu powiedział jest słusznem i jeden z angielskich chirurgów, nazwiska w téj chwili nie pamiętam, radził, aby w przypadkach ropnego zap. otrzewny zrobić laparotomiję, celem wypuszczenia ropy i przepłukania jamy otrzewnowéj. W końcu chciałem jeszcze z mego doświadczenia przytoczyć, że we wszystkich przypadkach, w których robiłem laparotomiję, natrafiłem na zap. otrzewny. Dotąd operowałem 4 przypadki, przed godziną skończyłem właśnie operacyję w 4 przypadku, we wszystkich było już zap. otrzewny. Pierwsze trzy skończyły się śmiercią, zapewne i czwarty skończy się śmiertelnie. Jednakże nie było to zapalenie ropne, o którém kol. Paszkowski wspomniał, tylko początkowe, to jest że otrzewna straciła swój połysk i była jakby kępkami drobnéj ziarniny pokryta: było to tak zwane zapalenie sine, które nie tak łatwo rozpoznać, jak zapalenie otrzewny ropne. A więc tego za-

palenia nie możemy uważać za ogólne, tylko w skutek niedrożności nagromadza się kał i gaz, rozpycha kiszki, następuje znaczna przeszkoda w krążeniu, zastoina i następowe zap. otrzewny. Ponieważ w moich 4 przypadkach natrafiłem na tego rodzaju zapalenie, a operowałem między piątym a ósmym dniem, muszę więc wnosić ztąd, że gdyby się było operowało wcześniéj, byłby może bodaj jeden chory uratowanym, jeżeli nie wszyscy; bo w każdym z tych przypadków dało się odszukać i usunąć przyczynę zamknięcia jelit.

Kol. Paszkowski: Nie powiedziałem, że zap. otrzewny jest przeciwwskazaniem w laparotomii, ale każdy przyzna, że szanse są gorsze. Ja powstawałem tylko przeciwko zdaniu kol. Schramma, który jako wskazanie do operacyi podał występujący zapad; ja sądzę, że potrzeba innego pewnego symptomu, ale występującego wcześniéj niż zapad. Bo o ile własne doświadczenie mnie poucza, wtedy kiedy wystąpił zapad było już zapalenie otrzewny, a ta daje szanse przy operacyi o wiele gorsze. Ja więc wystąpiłem tylko przeciwko czekaniu na zapad, bo skoro już raz jest zapalenie otrzewny, to także wątpię, ażeby operacyja mogła tu zaszkodzić przez zetknięcie otrzewny z powietrzem, ale nie wątpię także, że szanse jéj są o wiele mniejsze.

Kol. A. Rosner: Kol. Mikulicz powiedział, że dopóki chirurdzy nie nabiorą przekonania, że mają prawo a nawet obowiązek wczesnego robienia operacyi, nawet operacyi dyjagnostycznéj, dopóty szanse nie będą lepsze. Jabym się z têm o tyle nie zgodził, że zwykle nie chirurg, ale internista wstrzymuje chirurga i chorego od operacyi. Szanse operacyi będą dopiero wtenczas lepsze, jeżeli interniści nabiorą tego przekonania, że trzeba jak najwcześniéj operować a nie czekać.

Kol. Schramm: Muszę zastrzedz się przeciwko zarzutowi kol. Paszkowskiego, jakobym powiedział, że trzeba czekać z operacyją aż wystąpi zapad. Powiedziałem tylko, że w przypadkach, gdzie występuje zapad szybko, tam nie wolno czekać; nawet w pierwszych 24 godzinach trzeba operować a w żadnym przypadku nie tracić czasu na stosowaniu innych środków nad 24 do 36 godzin, tylko w razie ich nieskuteczności po tym czasie operować.

Dalszą dyskusyję odroczono na wniosek kol. Paszkowskiego do przyszłego posiedzenia.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Szymkiewicz.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(I. S.) Czwarte sprawozdanie Dra Kocha jako przewodniczącego komisyi dla zbadania cholery. Dnia 11go grudnia przybyła komisyja do Kalkuty zatrzymując się po drodze na wyspie Ceylon i w Madras. W miejscowości ostatniéj panuje cholera obecnie, to téż korzystając z dwudniowego pobytu tamże rozpatrzyli się członkowie komisyi w stosunkach miejscowości pod względem zaopatrzenia w wodę i kanalizacyi, doznając w tych zatrudnieniach poparcia ze strony tamtejszego doświadczonego *Sanitary Commisionera.* Ze strony władz miejscowych doznaje komisyja w Kalkucie nader przychylnego poparcia tak, że nawet pracownię zaopatrzoną w wodociągi i oświetlenie gazowe otrzymała na czas swoich doświadczeń. Cholera nie wygasa obecnie w téj miejscowości a zwłoki cholerycznych codziennie przywożą z różnych szpitali, aby komisyi zabezpieczyć świeży materyjał do badania i doświadczeń.

W siedmiu punktach zakreśla Koch zadania, których rozwiązaniem ma się zająć komisyja: w pierwszym rzędzie zależy na uzyskaniu dostatecznéj liczby przypadków sekcyjnych, w których można było sprawdzić mikroskopowo i doświadczalnie rezultaty badań przedsiębranych w Egipcie, a zwłaszcza rozstrzygnąć pytanie co do specyficzności prątków cholery i wykazać różnice tychże od innych znanych prątków. Wykazać czy cholera pojawia się u zwierząt, hodować prątki znajdowane w jelitach zwłok cholerycznych celem oznaczenia ich własności bijologicznych, zachowania się w różnych cieczach odżywczych i pod wpływem rozmaitych stopni ciepłoty; szereg doświadczeń z odwietrzeniem, aby prątki powstrzymywać w rozwoju lub téż zupełnie niszczyć; badania ziemi, wody i powietrza w stosunku do przyrzutu cholery a wreszcie szczegółowego zachowania się cholery w Indyjach, a mianowicie: o ile stoi w związku choroba ta z pewnemi właściwościami mieszkańców: wybuchy jéj w więzieniach, wśród wojska i na okrętach; badanie miejsc najczęściéj dotykanych lub omijanych przez cholerę; sposób jéj zawleczenia, już to w samych Indyjach, już téż to poza granice i środki zapobiegawcze szerzeniu się téjże, które się w Indyjach okazały skutecznemi. K. obiecuje po przedsięwzięciu odpowiednich badań przedłożyć wnioski dotyczące bezpośrednio ochrony państwa niemieckiego od téj zarazy.

Jad cholery. Dr. Balfour z Bombayu, który oddaje się badaniom przyczyn cholery i który niedawno zwrócił uwagę, że pożywanie pewnego rodzaju ryb w pewnéj porze roku zdaje się odgrywać znaczniejszą rolę pod względem powstawania cholery, ogłasza obecnie, iż wykrył w krwi jednéj z tych ryb (*Banela)* prątki podobne do tych, które Koch wykrył we wnętrznościach chorych na cholerę w Egipcie. Zamierza on okazy tych prątków przedstawić Dr. Kochowi za powrotem jego do Bombayu. (*The Lancet*).

(J. B.) Ruch ludności w m. Krakowie w ciągu 1883 r. przedstawia się według obliczeń fizyka miejskiego Dra Buszka w sposób następujący:

Małżeństw zawarto razem 565 (448 chrześcijańskich i 117 izraelickich), o 54 mniéj aniżeli w r. 1882 (71 mniéj chrześcijańskich, 12 więcéj izraelickich). Na ludność chrześcijańską przypada 0,91%, na izraelicką 0,55% małżeństw.

Urodziło się dzieci 2125, t. j. 65 mniéj aniżeli w r. 1882. Żywo urodziło się 2610 169 mniéj (a nieżywo 115 (6 mniéj), ślubnych było 1281 dzieci, nieślubnych 844; chrześcijańskich 1268, izraelickich 857. Na ludność chrześcijańską przypadało 2,6% urodzin, na izraelicką 4,0%. Na 1000 całéj ludności wypada 29,1 urodzin żywych.

Umarło razem 2208 osób (219 więcéj aniżeli w r. 1882); 1213 mężczyzn i 995 kobiét, 1765 chrześcijan i 443 żydów. Na 1000 całéj ludności umarło 32,0 (29,2 w r. 1882), a mianowicie 36,9 na 1000 ludności chrześcijańskiéj i 20,9 na 1000 ludności izraelickiéj. Dziennie umierało 6 osób. Najwięcéj umarło w miesiącu marcu i kwietniu po 226 osób, najmniéj w lutym 163 osób.

W porównaniu z r. 1882 umarło:

z chorób narządu oddechowego	—1 %;	18,9%
z gruźlicy	+1,3%;	18,6%
z chorób zakaźnych	—1,1%;	14,1%
z chorób narządu trawienia	+0,5%;	13,6%
z chorób mózgo-rdzeniowych	—0,8%;	8,4%
z chorób narządu mocz. płciow.	+0,2%;	5,4%
ze starości	+1,4%;	4,6%
z chorób układu naczyniowego	—0,4%;	3,7%
śmiercią gwałtowną	+0,5%;	2,0%.

Zatém więcéj niż 5ta część umarła w skutek gruźlicy i chorób zapalnych narządu oddechowego, przeszło 7ma część z chorób zakaźnych.

Choroby zakaźne najbardziéj grasowały w III obwodzie, gdzie umarło 58 osób, (21 w I i 57 w IIgim obwodzie). Skutkiem ospy umarło 50 osób i to wszystkie były nieszczepione. Z tych przypada 1 osoba na IIIci obwód, 2 na Iszy a 13 na IIgi obwód. Biegunka i choleryna zabrały najwięcéj ofiar w IIIcim obwodzie, mianowicie umarło tamże z biegunki 70 osób, (24 w Iszym i 41 w IIgim obwodzie) a 7 z choleryny. Najmniéj umarło skutkiem gruźlicy w IIIcim obwodzie 42 osób (55 w I i 46 w IIgim obwodzie).

Śmiercią gwałtowną umarło 46 osób, tylko 3 w IIIcim obwodzie. Śmiercią przypadkową gwałtowną 22 osób, skutkiem samobójstwa 11, skutkiem stracenia i zabójstwa 3. Powiesiło się 3, zastrzeliło się 8, otruło się 9. Powyżéj 95 roku dożyły 4 osoby.

W roku 1883 urodziło się 98 osób mniéj aniżeli umarło.

Śmiertelność we Lwowie. W tygodniu od 15 do 19 stycznia r. b. zmarło we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.) 69 osób co odpowiada 31·1 na rok i 1000 m. W tym czasie zmarła 1 osoba z płonicy, 2 z dyfteryi, 4 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36,4. Z ospy umarło 5 (5 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z płonicy 0 (5 z. t.); z błonicy 5 (3 z. t.); z duru brzusznego 1

(1 z. t.); z zimnicy 1 (0 z t.): z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 8 przypadkach ospy, 1 odry, 4 płonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 13—19 stycznia umarło z ospy w Londynie 5, leczyło się w szpitalach 117, świeżo zapadło 11. W Brukseli, Paryżu, Warszawie, Nowym Orleanie umarło po 2, w Budapeszcie 3, w Liverpolu i Birminghamie po 4, w Wiedniu 5, w Madrycie 6, w Lizbonie 8, w Murcyi 12, w Maladze 22, w Pradze 39, w Madrasie 35. Z duru osutkowego umarło w Pradze, Odesie i Murcyi po 1, w Maladze 2, w Madrycie 3. Z cholery umarło w Kalkucie od 18—24 listopada 17, w Madrasie od 24—30 listopada 25.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 41,7; we Lwowie 31,1; w Warszawie 27,2: w Wiedniu 27,8; w Budapeszcie 31,2; w Pradze 39,0; w Tryjeście 40,3: w Berlinie 22.7; w Hamburgu 24,7; w Gdańsku 28,6; w Monachowie 28,2; w Dreźnie 26,8; w Lipsku 35,4; we Wrocławiu 32,0; w Brukseli 24,1; w Amsterdamie 32,2; w Hadze 22,8; w Paryżu 25,4; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 18.9; w Stokholmie 21,2; w Chrystyjanii 23,9; w Petersburgu 39.0; w Odesie 34,9; w Rzymie 30,1; w Wenecyi 29,3; w Bukareszcie 29,1; w Madrycie 34,9; w Lizbonie 32,3; w Aleksandryi 34,3; w Nowym Jorku 24,1; w Filadelfii 24,4; w Bombayu 25,8; w Madrasie 46,7. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 lutego. Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa toczyła się bardzo ożywiona dalsza dyskusyja nad laparotomiją, przerwana na posiedzeniu przeszłém, a w niéj wzięli udział tak interniści, jako chirurdzy i ginekolodzy. Wykład kol Kopernickiego musiał być odroczony do posiedzenia przyszłego z powodu pory spóźnionéj.

* W urzędowym dzienniku królestwa Rumuńskiego z d. 9 grudnia 1883 r. czytamy ogłoszenie Dziekana Wydz. lek. w Bukareszcie, że p. Dr. Tadeusz Piasecki na mocy dyplomu doktora wszech nauk lek., otrzymanego w Krakowie d. 11 lipca 1883 r., otrzymał prawo wykonywania praktyki w królestwie Rumuńskiém.

○ **Londyn**. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego d. 10 grudnia r. z. toczyła się ciekawa dyskusyja co do leczenia morfinizmu poprzedzona wykładem Dra Richardsona o tym nałogu. Kilku mowców przemawiało za tém, że należy nagle przeszkodzić używaniu morfinu, inni byli zdania, iż należy powoli odzwyczajać chorych. W końcu wynik rozpraw zestawił Dr. Richardson w téj myśli: w niskich stopniach nałogu nagłe usunięcia tego środka jest najlepszém, gdy w wyższych stopniach wskazane jest powolne na kilka dni rozłożone odzwyczajanie. (*The Lancet*).

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Budapeszt**. Docenci prywatni Drowie Koloman Müller i Emeryk Réczy przedstawieni zostali do nominacyi na profesorów nadzwyczajnych. Dr. Adolf Szili habilitował się jako docent prywatny oftalmoskopii.

* **Wiadomości osobowe**. W Wydziale lek. warszawskim p. Józef Strzeszowski otrzymał stopień lekarza *cum eximia laude*.

* **Nekrologija**. D. 2 b. m. zmarł nagle jeden z najzdolniejszych i najpilniejszych wychowańców Uniwersytetu naszego, Julijusz Waleryjan Klęsk, syn zmarłego profesora gimnazyjalnego, doktorand medycyny, licząc zaledwie lat 23. Wiadomość o jego niespodziewanym a tragicznym zgonie przeraziła wszystkich tak profesorów jak kolegów, co znali sympatycznego i rokującego świetne nadzieje młodzieńca, który przed kilku dopiero tygodniami złożył chlubnie drugie rygorozum lekarskie. To też ostatnią cześć nieboszczykowi oddali profesorowie Uniwersytetu z rektorem na czele i prawie wszyscy uczniowie a najbliżsi koledzy i przyjaciele na barkach swoich zanieśli trumnę, licznemi wieńcami pokrytą na miejsce wiecznego spoczynku; nie mniejszy był udział publiczności wszystkich warstw. Pokój cieniom jego!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Hoyera: O mikroskopowém badaniu grzybków chorobotwórczych (c. d.); Józefowicza: Przyczynek do użycia olejku terpentynowego w błonicy; Bronikowskiego: Kilka przypadków dyfterytu, leczonych terpentyną. — W *Medycynie* Nr. 5: Obalińskiego: W sprawie chirurgicznego leczenia wola; Rosego: O upuście krwi w chorobach serca (dok.)

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok**.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla